

Tilburg University

Verantwoordelijkheden van bestuurders in de ouderenzorg

van Gastel, L.

Publication date:
2013

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van Gastel, L. (2013). *Verantwoordelijkheden van bestuurders in de ouderenzorg: Naar moreel constructivistisch leiderschap*. Ridderprint.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**VER-
ANT-
WOORDE-
LIJKHEDEN
VAN
BESTUUR-
DERS
IN DE
OUDEREN-
ZORG**

Naar moreel
constructivistisch
leiderschap

Lena van Gastel

COLOFON

De in dit proefschrift gepresenteerde studie is mogelijk gemaakt door de Gemeente Tilburg en Tilburg University en uitgevoerd bij Tranzo (Tilburg University).

Het drukken van dit proefschrift is financieel ondersteund door:
het Oldendorff Research Institute, Tilburg University.

© 2013 Lena van Gastel

Vormgeving Edwin Smet

Gedrukt en uitgegeven door Ridderprint, Ridderkerk

ISBN 978-90-5335-742-2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, via internet of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur, of – waar van toepassing – van de uitgevers van de publicaties vermeld in dit proefschrift.



GEMEENTE TILBURG

Verantwoordelijkheden van
bestuurders in de ouderenzorg
Naar moreel constructivistisch leiderschap

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan Tilburg University, op gezag van de
rector magnificus, prof. dr. Ph. Eijlander,
in het openbaar te verdedigen ten overstaan van
een door het college voor promoties aangewezen
commissie in de aula van de Universiteit
op woensdag 20 november 2013
om 14.15 uur

door

Lena van Gastel
geboren op 26 maart 1962 te Delft

Promotores

prof. dr. J.M.G.A. Schols

prof. dr. G.A.M. Widdershoven

prof. dr. T.A. Abma

Copromotor

dr. K.G. Luijkx

Overige commissieleden

Prof. dr. H.F.L. Garretsen

Prof. dr. M.J.M. Kardol

Prof. dr. A.A. de Roo

Prof. dr. M.J.D. Schalk

Prof. dr. B.A.M. The

De naakte waarheid

Waarheid was niet geliefd bij de mensen.
Koud en naakt schrikte Waarheid mensen af.
En meer dan eens werd zij de deur gewezen.
Tot op een dag Parabel haar vond,
snikkend van eenzaamheid in een hoekje.
Zorgzaam sloeg Parabel haar arm om Waarheid heen.
Zij nam Waarheid mee en kleetde haar aan met een verhaal.
Gesterkt en gehuld in haar verhaal durfde Waarheid weer
bij mensen aan te kloppen.
Waar zij verwelkomd werd en als gast aan tafel gevraagd.

(naar een joodse parabel)

INHOUD

9	Hoofdstuk 1	Algemene inleiding
41	<i>Persoonlijk intermezzo; betrokkenheid bij het vraagstuk</i>	
47	Deel I Statisch verdeelde verantwoordelijkheden	
49	Hoofdstuk 2	Toekenningen van verantwoordelijkheden in een lokale context
73	Hoofdstuk 3	Zorg, sociaal ondernemerschap en bureaucratie
101	Deel II Dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden	
103	Hoofdstuk 4	“Zo leunt iedereen weer achterover en verpieteren de mensen thuis”
131	Deel III Dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden	
133	Hoofdstuk 5	Dialogoog over normen en waarden van bestuurders; Moreel Beraad in de ouderenzorg
157	Hoofdstuk 6	“Grand Café of Kroeg”
185	Hoofdstuk 7	Discussie en conclusie
229	<i>Persoonlijk intermezzo; verschoven perspectief en overdraagbaarheid naar de eigen context</i>	
235	Samenvatting	
247	Summary	
257	Dankwoord	
267	Over de auteur	

‘Een overtuiging die door
alle mensen wordt gedeeld,
wortelt in de werkelijkheid’

Aristoteles

HOOFDSTUK 1

Algemene inleiding

Inleiding

Wie gaat er voor de groeiende groep ouder wordende mensen in onze maatschappij zorgen? Wie voelt zich voor hen verantwoordelijk? Dit zijn vragen die velen van ons bezig houden. We weten dat de komende jaren het aantal ouderen sterk zal toenemen. Ouderdom komt met gebreken; vroeg of laat heeft ook een aanzienlijk deel van deze ouderen behoefte aan ondersteuning en zorg. Wie draagt dan zorg voor hen? Ouderen van nu en toekomstige ouderen maken zich hier zorgen om evenals hun familie ende kinderen die de zorg voor hun ouders proberen te combineren met bijvoorbeeld werk. Zorgen zijn er ook bij politici, bestuurders van zorgorganisaties, zorgprofessionals, beleidsmakers, verzekeraars, vrijwilligers en mantelzorgers die dagelijks bezig zijn met ouderenzorg. Met elkaar en afhankelijk van elkaar voelen deze partijen zich verantwoordelijk voor de zorg voor kwetsbare ouderen. De actuele vraag betreft dus hoe de ouderenzorg nu en in de toekomst goed en betaalbaar vormgegeven moet worden, wat dit in de praktijk concreet zal betekenen voor de zorg van alle dag, en wie dan waarvoor verantwoordelijk is.

Dit onderzoek gaat over de zorg voor ouderen en over verantwoordelijkheden van bestuurders en andere stakeholders. Wij zijn niet op zoek gegaan naar datgene waarvoor iemand verantwoordelijk is zoals dit juridisch is vastgelegd, maar juist naar datgene waarvoor mensen zich dag dagelijks verantwoordelijk voelen en wat zij daarbij van elkaar verwachten. De filosofe Margret Walker speelt in ons onderzoek een prominente rol omdat haar zorgethische theorie ons helpt bij de manier waarop je de morele dimensie in verantwoordelijkheids-toedelingen kunt benaderen en onderzoeken. Verhalen over concrete praktijksituaties vormen daarbij het hart omdat zij illustratief zijn voor wat er in de praktijk aan de hand is. In verhalen komt tot uitdrukking wat mensen belangrijk vinden, waar zij waarde aan hechten en wat zij van zichzelf en anderen verwachten. Verhalen uit de praktijk vormen dan ook de kern van deze studie: omdat zij ons helpen om verantwoordelijkheden te bestuderen vanuit een zorgethische benadering.

Van alle mensen en organisaties die in de zorg voor ouderen betrokken zijn, kijken wij in onze studie specifiek naar bestuurders van intramurale zorginstellingen. Wij proberen ons in hun leefwereld te verplaatsen en inzicht te krijgen in de zaken waarvoor zij zich vanuit hun perspectief verantwoordelijk voor voelen, hoe dit zich vertaalt in hun handelen, in nieuwe ontwikkelingen die zij in de zorg voor ouderen tot stand brengen en hoe zij dit samen doen met belanghebbende partijen, die wij in dit onderzoek stakeholders noemen. Wij hopen met onze bevindingen, aangereikt vanuit een praktijkgericht en zorgethisch verantwoordelijkheidsperspectief, te kunnen bijdragen aan het vinden van een antwoord op de vraag hoe de veranderingen in de ouderenzorg moreel verantwoord vormgegeven kunnen worden.

De praktijksituaties die in ons onderzoek gepresenteerd worden, zijn niet feitelijk inhoudelijk onderwerp van onderzoek geweest. Onze bevindingen zijn dan ook niet bedoeld voor generalistische uitspraken over de casuïstiek

zelf, noch bieden ze inhoudelijke oplossingen. Wij reiken onze bevindingen aan om de lezer de mogelijkheid te geven op onze bevindingen te reflecteren en om dat wat voor hen in hun eigen context relevant en van waarde is, alsook nieuw verkregen inzichten, toe te passen in de eigen praktijk.

1.1 Situatie in de Nederlandse ouderenzorg

De komende jaren neemt in Nederland, evenals in geheel Europa het aantal oudere mensen sterk toe. Het aandeel ouderen zal in 2030 meer dan 4 miljoen mensen van 65 jaar of ouder zijn, een toename van ruim 60% ten opzichte van nu. Momenteel zijn er 600.000 tot 700.000 kwetsbare ouderen van 65 jaar of ouder, waarvan het merendeel zelfstandig woont. Dit aantal zal groeien naar meer dan een miljoen in 2030. Omdat er tevens sprake zal zijn van in verhouding veel hoogbejaarde ouderen ten opzicht van jonge mensen, wordt gesproken van een dubbele vergrijzing. De komende jaren zullen meer ouderen zorg en ondersteuning nodig hebben. Dit aantal zal in 2030 naar verwachting toenemen tot in totaal 1.160.000 personen (Campen van et al. 2011). Over dit groeiende aantal ouderen bestaan zorgen, zeker nu de economie hapert en ook in de zorg tekorten op de arbeidsmarkt voorspeld zijn (Erken, Koot & Kuijpers 2010). Verwacht wordt dat het arbeidspotentieel aan professionele zorgverleners niet evenredig zal toenemen om een antwoord te geven op de groei aan complexere zorgvragen als gevolg van ernstige ziektebeelden als dementie en combinaties van verschillende ouderdomsziekten (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2011). De Nederlandse overheid buigt zich dan ook, net als andere Europese overheden, over de vraag hoe zij de zorg voor haar ouder wordende populatie op termijn goed en betaalbaar kan houden met in het verlengde daarvan de vraag door wie de zorg geleverd en betaald moet gaan worden.

Europese landen verschillen in de manier waarop in de ouderenzorg de overheid en burgers zich tot elkaar verhouden. De verschillen liggen op het vlak van wie primair verantwoordelijk is voor de zorg; de overheid of de ouderen zelf. Uitgaande van het zo genoemde 'care utilization'-model van Anderson and Newman (Andersen & Newman 1973) onderscheiden landen zich van elkaar in de mate waarin ouderen recht hebben op vanuit de overheid geformaliseerde zorg. In een studie waarin de zorg voor ouderen in tien EU-landen is vergeleken, laten de verschillende manieren van zorgverlening zich als drie modellen typeren. In het Continentale model ligt de verantwoordelijkheid om voor ouderen te zorgen deels bij de overheid en deels bij de familie. In het Mediterrane model is voornamelijk de familie, eventueel aangevuld met anderen uit het sociale netwerk verantwoordelijk voor de zorg voor ouderen. De overheid komt er nauwelijks aan te pas. In het Scandinavische model is de rol van de overheid bij het aanbieden van formele zorg het grootst (Pommer & Stevens 2007). De modellen illustreren de culturele achtergrond van het land, die van invloed is op de visie die de overheid heeft op de relatie tussen zichzelf en haar burgers alsook op de verdeling van verantwoordelijkheden.

De ouderenzorg in Nederland kon zich tot nu toe scharen bij het Scandinavische model. Dit houdt in dat indien voor hulpbehoevende ouderen thuis wonen niet meer mogelijk is, zij op basis van hun behoefte aan ondersteuning en zorg opgenomen kunnen worden in een door de overheid gefinancierde intramurale instelling. Deze intramurale zorg wordt tot nu toe door de nationale overheid gefinancierd vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Twijfels over de houdbaarheid van dit model, gebaseerd op de primaire verantwoordelijkheid van de overheid voor de zorg voor ouderen, zijn echter toenemend gegroeid sinds de vergrijzing in Nederland zich nadrukkelijker is gaan manifesteren. De eerste tekenen dat in de nabije toekomst getornd zal worden aan het recht op intramurale zorg zijn inmiddels zichtbaar.

1.2 Verandering van het zorgmodel

Om de toekomstig te verwachten problematiek het hoofd te kunnen bieden, is sinds de jaren negentig in de Nederlandse politiek een proces van heroriëntatie op gang gekomen. De Nederlandse ouderenzorg is op initiatief van de politiek in transitie, waarbij de Scandinavische benadering geleidelijk aan wordt losgelaten en deze verschuift naar een meer op de Continentale benadering gelijkende aanpak. In deze verschuiving neemt de overheid niet meer primair de verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen op zich maar legt zij deze nadrukkelijker bij de ouderen zelf. Daarbij verwacht ze dat ouderen zelf meer eigen verantwoordelijkheid nemen om zo lang mogelijk zelfstandig in hun thuisomgeving te blijven functioneren en minder afhankelijk te worden van ondersteuning door de overheid. Als ouderen het zelf niet meer kunnen en toch ondersteuning of zorg nodig hebben, verwacht de overheid dat ouderen hiervoor primair een beroep doen op hun directe naasten zoals familieleden en mensen uit het eigen sociale netwerk. Alleen als ondersteuning en zorg door familie en het eigen sociale netwerk echt en vooral ook structureel te kort schieten, hebben ouderen straks nog recht op formele, door publieke zorgdiensten verstrekte zorg. Recht op formele zorg is verschoven naar formele zorg alleen als het echt niet anders meer kan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005).

Om deze fundamentele verschuiving te stimuleren, heeft de overheid verschillende maatregelen genomen. Eén van de maatregelen is dat de zorgfinanciering niet meer zal plaatsvinden op basis van het aanbod van publieke zorgdiensten, maar op basis van de werkelijk aan ouderen geleverde zorg. Het streven is verder om de aanbodgerichte zorg meer en meer om te buigen naar een vraaggerichte zorg. Niet alleen in financiële zin maar ook in kwalitatieve zin wil de overheid dat de zorgbehoeften van de ouderen zelf leidend zijn in hoe de zorg georganiseerd en verstrekt wordt. Om dit te stimuleren, trekt de overheid zich steeds meer terug uit haar leidende en sturende rol en laat zij taken over aan burgers en maatschappelijke (zorg)organisaties zelf. Daarbij stimuleert de overheid ook de marktwerking

waarin maatschappelijke organisaties zelf, en in concurrentie met elkaar, verantwoordelijk zijn voor de afname van hun eigen zorg- en welzijnsdiensten door cliënten. De overheid houdt wel controle op de financiën en de kwaliteit van de geleverde zorg. In die zin is er sprake van een gereguleerde marktwerking. Het zelf indiceren van de formele door de overheid te financieren zorg door uitvoerende organisaties van de overheid, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de zorgkantoren gemeenten, is hier onderdeel van. Ouderen worden meer gezien als cliënten dan patiënten. Van hen wordt meer zelfstandigheid verwacht in het kiezen en organiseren van hun eigen zorg (VWS 2005; 2011). Om hen in deze omslag te ondersteunen, is gelijktijdig door de overheid een beweging op gang gebracht om ouderen te versterken om hun eigen weg in de zorg te vinden. Ouderen hebben daarvoor ook meer mogelijkheden gekregen: zij kunnen mee praten en beslissen over de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld in de intramurale en extramurale zorg via cliëntenraden zoals vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (VWS 2010a). Omdat deze door de overheid ingezette omwenteling nog in volle gang is, en niet volledig is geïmplementeerd, is de ouderenzorg te karakteriseren als 'in transitie' (Schäfer et al. 2010).

Al met al ziet de overheid zichzelf minder dan voorheen als primair verantwoordelijk voor de zorg voor de groeiende groep ouderen, maar beschouwt deze als gedeeld met burgers en maatschappelijke organisaties. De overheid heeft door wetswijzigingen en nieuwe beleidskaders kenbaar gemaakt welke zorgwereld zij nastreeft. Van de betrokken partijen, en niet in de laatste plaats van ouderen zelf en hun naasten, wordt verwacht dat ze hun eigen verantwoordelijkheid hierin nemen. De wettelijke werkelijkheid is nogal abrupt gewijzigd. De leefwereld heeft daarentegen tijd nodig om zich hieraan aan te passen. De verschuiving van verantwoordelijkheden voor de ouderenzorg van de overheid naar de ouderen zelf, hun naasten en alle partijen uit het maatschappelijke middenveld die in de zorg betrokken zijn, vraagt in die zin niet alleen een systeemwijziging maar ook om een heroriëntatieproces van alle betrokkenen op de eigen rol en de eigen verantwoordelijkheden.

1.3 Gevolgen van de transitie voor bestuurders van intramurale instellingen

Eén van de partijen voor wie door de transitie in de ouderenzorg veel is veranderd, zijn de bestuurders van intramurale instellingen. Van oudsher kent ons land veel intramurale instellingen. In 2009 telde Nederland 1.131 verzorgingshuizen en 479 verpleeghuizen en 290 gecombineerde instellingen met in totaal tegen de 170.000 bedden (Deuning 2009). Hun bestuurlijke context is door de ingezette transitie veranderd en vraagt van de bestuurders een heroriëntatie op hun rol en positie in het veld van de ouderenzorg.

Tot voor kort ontvingen de intramurale instellingen geld van de nationale overheid op basis van hun beschikbare capaciteit en zorgaanbod.

Elk bed werd betaald, of het nu bezet was of niet. Op basis van het nieuwe perspectief op vraaggerichte in plaats van aanbodgerichte zorg, is de wijze van financiering door de overheid aangepast. Alleen zorg die gevraagd en geïndiceerd is, en die daadwerkelijk geleverd wordt, wordt door de overheid gefinancierd vanuit de zogenoemde AWBZ-gelden (VWS 2010b). Een andere fundamentele verandering is dat ouderen zelf nu nadrukkelijker de mogelijkheid hebben om te kiezen in welke instelling zij willen wonen en verzorgd worden. Kregen bestuurders vroeger hun zorgaanbod per definitie door de overheid betaald, nu moeten zij zich ondernemend opstellen om ouderen voor hun zorgaanbod te interesseren zodat die hun instelling kiezen als opname nodig is. Om voor ouderen het vergelijken tussen en kiezen uit instellingen te vergemakkelijken, zijn bestuurders verplicht om hun zorgaanbod en de kwaliteit daarvan openbaar te maken. Om de vergelijking te vergemakkelijken, wordt volgens een vast classificatiesysteem met de CQ Index de cliënttevredenheid gemeten en verplicht openbaar gemaakt (VWS 2005; 2006a). Daarmee is tevens handen en voeten gegeven aan het streven van de overheid om bestuurders van intramurale instellingen te stimuleren om op aanbod en kwaliteit met elkaar te concurreren. Bestuurders van intramurale instellingen hebben zeggenschap gekregen over hun gebouwen en zijn daarvoor ook risicodragend geworden. Zorgbestuurders kunnen nu ook nieuwe zorgvormen creëren die zij (meer) passend vinden bij de behoeften van de huidige en toekomstige ouderen. Naast de traditionele verzorgings- en verpleeghuizen zijn inmiddels nieuwe woonzorgvormen ontstaan zoals moderne levensloopbestendige woonzorgcomplexen waar ouderen niet alleen zelfstandig kunnen wonen, maar ook ondersteuning op maat kunnen ontvangen die varieert van licht tot zeer complex. Kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie of een andere chronische aandoening zijn een ander voorbeeld: hier wordt de mogelijkheid geboden tot 'zoveel mogelijk wonen zoals thuis'.

Nu de overheid er ook nadrukkelijker naar streeft om ouderen langer thuis te laten wonen en hen thuis te ondersteunen of te verzorgen, vraagt dit van deze bestuurders - naast de focus op hun van oudsher intramurale zorg - ook aandacht voor aanvullende extramurale zorgactiviteiten. Voor de financiering van deze ondersteuning bij ouderen thuis, hebben de bestuurders inmiddels niet alleen meer te maken met het zorgkantoor, maar sinds de Wmo (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) van kracht is, ook met gemeenten (VWS 2006b). In het veranderende overheidsbeleid veronderstelt de nationale overheid namelijk dat de ouderenzorg beter door gemeenten kan worden georganiseerd/geregisseerd, omdat deze dicht bij hun burgers staan en hun thuissituatie en lokale mogelijkheden beter kunnen inschatten (VWS 2006b). Het indiceren van huishoudelijke ondersteuning als informele zorg tekort schiet, laat de nationale overheid inmiddels over aan gemeenten. En door middel van aanbestedingsprocedures contracteren gemeenten nu de zorginstellingen voor het leveren van de door de gemeente geïndiceerde en benodigde huishoudelijke ondersteuning. Voor bestuurders betekent een

dergelijke aanbestedingsprocedure dat hun instellingen in concurrentie met andere zorgaanbieders strijden op prijs en kwaliteit. Persoonlijke verzorging en complexe zorg blijven vooralsnog gefinancierd door de nationale overheid (AWBZ), ook als deze thuis plaatsvindt. De zogenaamde zorgkantoren zijn hiervoor de uitvoerende instanties en zij beheren de beschikbare AWBZ budgetten en delen ze toe aan uitvoerende zorginstellingen. Dit doen zij op basis van productie- en prijsafspraken met financiering achteraf voor de daadwerkelijk geleverde zorg (VWS 2010b).

Voor bestuurders van van oudsher intramurale instellingen zijn het vraaggericht en in concurrentie leveren van hun intramurale zorg, het zelfstandig zorg dragen voor en ontwikkelen van hun gebouwen alsook het meedoen aan aanbestedingen voor ondersteuning en zorg bij ouderen thuis, geheel nieuwe werkwijzen. Zij hebben een andere positie gekregen in het speelveld en staan daarmee in andere verhoudingen dan zij gewend waren tot belanghebbende partijen als de nationale overheid, zorgkantoren, gemeenten, woningbouwverenigingen, projectontwikkelaars, cliënten en hun vertegenwoordigers. De politieke druk op het langer thuis laten wonen van ouderen vraagt van de bestuurders een heroriëntatie op de voor hen van oudsher vertrouwde intramurale zorg. Welke balans gaat ontstaan tussen formele en informele zorg en ook hoe de formele zorg in de toekomst vorm kan worden gegeven in het licht van de voorgestane verschuiving naar meer informele zorg voor ouderen, zijn vraagstukken met nog onbekende antwoorden. Wat precies onder verantwoorde ouderenzorg verstaan moet worden en welke waarden en normen daarbij gelden, is diffuus geworden.

1.4 Heroriëntatie van bestuurders op hun verantwoordelijkheden

Midden in deze veranderende context moeten bestuurders van intramurale instellingen vorm geven aan de ouderenzorg. Zij hebben een grotere vrijheid van handelen gekregen om zich een positie te verwerven in een concurrerende zorgmarkt, waarbij van hen verwacht wordt op eigen initiatief nieuwe zorg- en dienstverleningsvormen te ontwikkelen zonder hiervoor een geëxpliciteerde overheidsleidraad te hebben. De overheid schrijft niet langer voor hoe bestuurders hun werk moeten doen, maar zij heeft de verantwoordelijkheid om eigenstandig invulling te geven aan ontwikkelingen juist meer aan hen gedelegeerd. Organisaties in het publieke domein, zoals zorgaanbieders, verzekeraars en andere organisaties, worden hierbij gezien als leveranciers die aan burgers diensten aanbieden om in eigen maatschappelijke verbanden beter in hun eigen behoeften te kunnen voorzien (Steen van der et al. 2013). Van bestuurders van deze organisaties, zoals de bestuurders van intramurale zorginstellingen, wordt een ondernemende houding verwacht in tegenstelling tot de meer uitvoerende rol die zij voorheen hadden, waarbij zij niet alleen een grotere vrijheid maar ook een grotere maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben gekregen. Toch kunnen zij de nieuwe ontwikkelingen niet alleen

bepalen, richting geven en uitvoeren. In eerdere studies is aangegeven dat de vraag in hoeverre zorgbestuurders nog sturing kunnen geven, zeer relevant is, zeker gezien de wederzijdse afhankelijkheid van andere partijen (Hout van 2007; Putters 2009; Stoopendaal 2008). Bestuurders hebben namelijk te maken met een groot speelveld van belanghebbende partijen met wie zij samen moeten optrekken. Over het hiervoor vereiste en in de bestuurskunde genoemde 'meervoudig besturen', dat zich kenmerkt door het besturen in een meervoudig krachtenveld met diverse belanghebbenden (Isett et al. 2011), bestaat nog weinig inzicht (Brandsen, Donk van de & Kenis 2006; Scheer van der 2007). Toch moeten bestuurders van intramurale instellingen en alle spelers in de zorg zich heroriënteren op hun taken en verantwoordelijkheden. Voor zorgbestuurders is het dan ook zoeken naar hoe te handelen ten opzichte van en in relatie met het gehele speelveld (Brandsen, Donk van de & Putters 2005; Putters 2009; Scheer van der 2007).

Bestaande bestuursmodellen, die veelal zijn voortgekomen uit de stroming van het New Public Management en die zich kenmerken door hun focus op bedrijfsmatig en financieel presteren - het zogenoemde 'performance management' (Pollitt & Bouckaert 2004), geven bestuurders in het publieke domein weinig houvast, aangezien deze modellen te eenzijdig focussen op de financiële en beheersmatige en niet op de morele dimensies van de zorg. Vigerende bestuursmodellen hebben hun oriëntatie op marktwerking en op een sterke controle op de uitvoering. Deze modellen ondersteunen weliswaar de van de bestuurders vereiste transparantie over de inzet van middelen en meetbare uitkomstmaten, maar sluiten niet aan op de normativiteit die inherent verbonden is aan het publieke domein waar van bestuurders verwacht wordt maatschappelijke waarden te creëren en toe te voegen (Provan & Kenis 2008). De veranderlijke en normatieve context waarin visies, meningen en belangen van een veelheid aan actoren een rol spelen, is voor bestuurders nooit geheel duidelijk, consistent, voorspelbaar of meetbaar, maar eerder ambigue en meerstemmig (Weick 2001). Niet alleen de feiten doen ertoe, maar meer nog de interpretaties die mensen aan de wereld, en in dit geval de zorg voor ouderen, geven. Dit maakt dat het voor bestuurders niet op voorhand duidelijk is wat hun te doen staat (Klijn & Koppenjan 2000). De realiteit waarin zij hun dagelijkse bestuurspraktijk vormgeven, bestaat in analogie met Weick uit sociale constructen waaraan ouderen en allen die bij de zorg voor hen betrokken zijn, er duiding en betekenis aan geven. Geconfronteerd met deze ambigue context zijn de voorkeuren van bestuurders over hoe zij vorm moeten geven aan de ouderenzorg, in haalbaarheid gelimiteerd, aangezien zij in een proces met belanghebbende partijen op zoek zullen moeten gaan naar aanvaardbare en geaccepteerde oplossingen voor heersende vraagstukken (Noordegraaf & Abma 2003). Van bestuurders wordt, onder druk van een toenemende vraag naar verantwoording door overheid en maatschappij, transparantie gevraagd over keuzes en besluitvorming. Er moet verantwoording afgelegd worden aan verschillende partijen waar mee samengewerkt wordt, zoals de overheid,

cliënten en hun vertegenwoordigers, de eigen organisatie en partners. De diversiteit aan meningen en belangen van deze verschillende partijen bemoeilijken het begrip van wat precies onder goede zorg en efficiënt gebruik van zorggelden verstaan mag worden (Hout van 2007; Putters et al. 2006). Veel bestuurders worstelen daarom met de door de politiek en de maatschappij van hen verwachte nieuwe rol om tegelijkertijd hun organisaties financieel efficiënt maar ook maatschappelijk verantwoord te besturen (Scheer van der 2007).

Met de groei van het veelzijdige karakter van onze maatschappij zijn ‘wat onder goede (ouderen)zorg verstaan mag worden’ en ‘hoe tot overeenstemming hierover te komen met hen die het aangaat’ onderwerp van aandacht geworden. Wat precies maatschappelijk verantwoord is, is in contexten die in transitie zijn, zoals de ouderenzorg, eerder een zoekproces dan op voorhand helder (Noordegraaf & Abma 2003) omdat er geen gedeeld beeld en geen gedeelde normatieve waarden meer bestaan op basis waarvan handelen plaats kan vinden. Voor de zorgbestuurders is dit, in vergelijking met de hun vertrouwde situatie waarin zij aanbodgestuurde zorg leverden, een radicale verandering. Het vraagt van hen een situationele en relationele herpositionering waarbij zij voor zichzelf moeten bepalen waarvoor zij zich zelf verantwoordelijk voelen, aan de hand van vragen als ‘wat is goed handelen gezien deze veranderende omstandigheden en geconfronteerd met deze partijen?’ Het feit dat niet op voorhand vast ligt wat onder een goede ontwikkeling verstaan mag worden, leidt tot morele dilemma’s en tot vragen zoals ‘wat moet ik onder goede ontwikkelingen verstaan’, ‘hoe acteer ik hierop’ en ‘wie moet ik daarbij betrekken?’ (Lurie & Albin 2007; Poel van de & Royakkers 2007). Studies focussen zelden op deze morele dimensies van bestuurlijke verantwoordelijkheden, maar vragen wel aandacht voor dit perspectief (Noordegraaf & Stewart 2000; Putters 2009; Scheer van der 2007).

1.5 Het perspectief van de zorgethiek

In het besef dat de zorg een complexe praktijk is waarin een groot aantal betrokken partijen de behoefte aan zorg interpreteren om hier vervolgens met hun handelen op te antwoorden, wordt binnen de zorgethiek gepleit om de zorg te benaderen als een relationele verantwoordelijkheidspraktijk (Abma et al. 2010; Verkerk, Leede de & Nijhof 2001; Walker 1998). Wat deze zorgethische benadering kenmerkt, is dat wat onder goede zorg verstaan mag worden, niet gezien wordt als een extern opgelegde notie, maar als een praktijkgeoriënteerde uitkomst van een relationeel proces tussen betrokkenen. De ontologische notie hierbij is dat mensen fundamenteel relationeel zijn. Hoe mensen zich tot elkaar verhouden of zouden moeten verhouden, krijgt vorm door een moreel-ethische en daarmee normatieve zienswijze op zorg (Schwandt 2001). Goede zorg vraagt een transparant proces waarin verantwoordelijkheden toebedeeld worden op basis van balans in normatieve verwachtingen tussen voortdurend in relatie met elkaar staande betrokkenen, ieder met eigen belangen en normatieve

overwegingen (Walker 1998). De primaire aanname dat door logisch en rationeel redeneren, gedefinieerd kan worden wat moreel juist of onjuist is, wordt niet als heilzaam gezien en zeker niet in contexten die sterk veranderen en waar waarden en normen verschuiven, zoals in de ouderenzorg. Deze aanname sluit aan bij de ervaringen van de bestuurders dat bestaande bestuursmodellen geen antwoorden geven op hun vraagstukken en dilemma's. Het perspectief van de zorgethiek kan helpen het inzicht in de morele dimensie van de bestuurspraktijk en de toedelingen van verantwoordelijkheden die daarin plaatsvinden, te vergroten. Voor de zorgethiek is de morele dimensie in verantwoordelijkheids-toedelingen van bestuurders in de ouderenzorg nieuw, aangezien studies zich tot nu toe veelal gericht hebben op zorgprofessionals en patiënten (Abma et al. 2009; Abma et al. 2011; Baur 2012; Janssen 2013, Visse 2012).

Dialogisch-empirische ethiek sluit aan op de notie dat moraliteit in de normatieve ervaringspraktijk start en relationeel vorm krijgt, en niet vanuit theorieën of concepten. De epistemologische notie is dat mensen elkaar wederzijds beïnvloeden en dat in hun onderlinge contact verandering van zienswijzen kan ontstaan (Widdershoven 2000). De constructie van moraliteit baseert zich op de dialogische aard van mensen, waarbij moraliteit meervoudig en situationeel is en zich laat kennen door hoe mensen deze in de praktijk in relatie met elkaar vormgeven. Deze verschuiving in benadering, van een extern opgelegde naar een relationele, aan de praktijk verbonden moraliteit, komt ook naar voren in de visies van Grit en Maak e.a. op verantwoord maatschappelijk leiderschap (Grit 2004; Maak & Pless 2006). Hun studies onderschrijven dat moraliteit zich niet op de tekentafel laat uittekenen, maar ontstaat in de dagelijkse praktijk en in relatie met hen die het aangaat. Verantwoord besturen wordt in deze benaderingen gezien als een sociaal-relationeel en ethisch fenomeen, dat vorm krijgt in en door sociale processen van interactie.

De theorie van Walker (Walker 1998), waarin verantwoordelijkheden beschouwd worden als in de praktijk relationeel geconstrueerd op basis van normatieve verwachtingen, sluit aan op deze sociaal-relationale en zorgethische benadering. Haar theorie gaat tevens uit van de ontologische notie dat mensen fundamenteel relationeel zijn, waarbij de sociale wereld, zoals wij die waarnemen en wat die voor ons betekent, een product is van sociale interacties (Gergen, 2001). Zorg, en in ons geval specifiek de ouderenzorg, kan op basis daarvan gezien worden als resultante van een relationeel proces tussen alle betrokkenen. Walker benadert vanuit een zorgethisch perspectief de zorg als een verantwoordelijkheidspraktijk waarin betrokkenen in relatie met elkaar en op basis van hun normatieve verwachtingen, omringd door opgelegde en verkozen verplichtingen, elkaar verantwoordelijkheden toedelen. Het zich voor iets of iemand verantwoordelijk voelen, beziet zij als een morele houding op basis waarvan onze verbondenheid met het welzijn van de ander tot uitdrukking wordt gebracht. De morele zorghouding is hierbij een wezenlijk element van ons zelfbegrip en ons begrip van relaties met anderen, waarbij in ons handelen morele waarden tot uitdrukking komen en een relationele betekenis

hebben. Walker beschouwt, voortvloeiende uit deze morele zorghouding, verantwoordelijkheden als gegrond in de identiteit van de persoon in kwestie en zijn of haar relaties en persoonlijke waarden, die samen de manier van handelen fundamenteel motiveren. Zij focust hierbij niet op waar iemand verantwoordelijk voor is maar waar iemand zich vanuit zijn morele intuïties verantwoordelijk voor voelt, hoe wij ons tot anderen verhouden, wat wij van hen verwachten en aan hen verschuldigd zijn. Dit in tegenstelling tot de *verdeling van verantwoordelijkheden* met duidingen als *verplicht zijn*, waar men vanuit wettelijke en juridische aansprakelijkheid veelal van spreekt.

De normatieve verwachtingen die aan het toewijzen van verantwoordelijkheden aan zichzelf en anderen ten grondslag liggen, zijn geen vast gegeven maar kunnen gevormd en onderhandeld worden. In interactie tussen bestuurders en andere belanghebbende partijen en mede bepaald door de onderlinge relatie waarin zij tot elkaar staan, worden verantwoordelijkheden aan zichzelf en aan elkaar toegewezen, geaccepteerd, verworpen of genegeerd (Walker 1998). De moreel-constructivistische benadering beschouwt het komen tot goede zorg en het vormen van morele afwegingen niet als een eenzijdig monologisch pogen maar als een sociaal proces waarin mensen elkaar beïnvloeden (Ohnsorge & Widdershoven 2011). Om antwoorden te kunnen vinden op morele problemen of vraagstukken moeten bestuurders en andere stakeholders elkaars zienswijzen en standpunten begrijpen en van elkaar kunnen leren om tot oplossingen te kunnen komen, waarbij stakeholders diegenen zijn wier belangen op het spel staan (Stake 2004). Een dialogisch proces wordt in de sociale wetenschappen gezien als een cruciaal proces om te komen tot gedeeld moreel begrijpen en om daarmee de praktijk te verbeteren. Deze zienswijze komt voort uit de hermeneutische ethiek. Het doel van hermeneutische ethiek is om met behulp van dialogisch processen de variëteit aan en het mogelijk conflicteren van verschillende perspectieven op een moreel complexe situatie te verhelderen en te exploreren en een leerproces op gang te brengen naar gedeeld begrijpen, met als doel de zorgpraktijk te verbeteren. Deze zienswijze stelt dat morele perspectieven en oordeelsvorming voortkomen uit ervaringen met de praktijk zelf en dat het dialogisch uitwisselen van deze ervaringen van invloed is op het eigen perspectief, het mogelijk verschuiven daarvan en op het (gedeeltelijk) overeen kunnen komen met de perspectieven van anderen (Widdershoven 2005).

1.6 Vraagstelling

Het maatschappelijk vraagstuk van de dubbele vergrijzing en de transitie waarin de ouderenzorg is geraakt, vraagt van bestuurders van intramurale instellingen in de ouderenzorg om een heroriëntatie op hun positie, rol en taken om de zorg moreel verantwoord vorm te geven. Gezien de morele ruimte waarin zij zich op hun verantwoordelijkheden moeten heroriënteren en de worsteling die zij hiermee hebben om in relatie met een groot aantal belanghebbende partijen

aan een verantwoorde ouderenzorg gestalte te geven, is nader onderzoek wenselijk. Meer inzicht in hun perspectief kan een bijdrage leveren aan het nog beperkte inzicht dat bestaat over besturen in contexten met een grote morele ruimte en diversiteit aan stakeholders, en wat dit voor bestuurders betekent. Om bij te dragen aan het vergoten van het inzicht hebben wij in dit proefschrift de volgende samengestelde hoofdvraag geformuleerd:

Hoe zien bestuurders van intramurale instellingen, vanuit hun perspectief, de transitie in de ouderenzorg; welke morele overwegingen hebben zij daarbij en hoe delen zij, op basis daarvan en in relatie met andere stakeholders, verantwoordelijkheden toe in hun dagelijkse bestuurspraktijken?

Op basis van een moreel-constructivistische visie op verantwoordelijkheden en de ermee verbonden hermeneutische, dialogische zorgethiek, benaderen wij de hoofdvraag in drie delen. In het eerste deel onderzoeken wij welke bestuurlijk opgaven bestuurders van intramurale instellingen ervaren als gevolg van de transitie in de ouderenzorg, en wat daarbij hun verantwoordelijkheidsopvattingen zijn. Vanuit het perspectief van de bestuurders onderzoeken wij de statisch verdeelde en opgelegde verantwoordelijkheden. Wij beschouwen in dit eerste deel verantwoordelijkheden als uitkomst van een proces waarbij eenzijdig en zonder interactie verantwoordelijkheden worden opgelegd. Het proces van het statisch verdelen en opleggen van verantwoordelijkheden is hierdoor te typeren als monologisch. In het tweede deel onderzoeken wij het perspectief van een bestuurder met andere stakeholders op de toedelingen van verantwoordelijkheden als uitkomst van een dynamisch proces van het onderling toewijzen, accepteren, verwerpen of negeren van verantwoordelijkheden rond een actuele praktijksituatie. In het derde deel verkennen wij de hermeneutische waarde die een dialogisch proces kan hebben voor de perspectieven op toedelingen van verantwoordelijkheden wanneer bestuurders onderling, of bestuurders en stakeholders met elkaar in interactie gaan. Wij onderzoeken dit door bestudering van de betekenis van hun morele overwegingen rond ontwikkelvraagstukken in de ouderenzorg die relevant en actueel voor hen zijn. Deze drie delen zijn tevens als onderdelen van dit proefschrift herkenbaar:

Deel I Statisch verdeelde verantwoordelijkheden

Deel II Dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden

Deel III Dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden

1.7 Responsieve benadering van het onderzoek

In onze studie hebben wij een responsieve benadering gehanteerd om de praktijk te laten spreken vanuit de aanname dat die meervoudig en multi-vocaal is, en om in interactie tussen de in het onderzoek betrokkenen en de onderzoekers tot een gezamenlijk inzicht te komen over dat wat er in de praktijk speelt en ertoe doet (Stake 2004). Responsief onderzoek wordt specifiek waardevol geacht voor het vermogen om de betekenis, die aan de

(zorg)praktijk gegeven wordt, naar boven te halen en om hierover tot een gedeeld begripen te komen. Deze benadering is geschikt voor het bestuderen van situaties waarin waarden en normen veranderen en nieuw moreel denken en handelen in de praktijk ontwikkeld worden (Landeweer, Abma & Widdershoven 2011; Walker 1998). Dat hiervan sprake is bij de veranderende context van de ouderenzorg, is evident. Wij beschouwen het door ons gehanteerde responsieve onderzoek als een gezamenlijk interactief zoekproces tussen onderzoekers en onderzochten, naar de waarden en betekenisgeving van de dagelijkse praktijk in de ouderenzorg, door op zoek te gaan naar elkaars perspectieven en deze door interactie te verhelderen en gelijktijdig te verdiepen en te verruimen, zodat verschuiving in ieders perspectief plaats kan vinden. Dit heeft als doel om - gegeven de diversiteit aan perspectieven - een proces van uitwisseling tot stand te brengen, en tot een gedeeld begripen van de situatie te komen. Het doel van responsief onderzoek is om de wereld en de daaraan verbonden problematiek te begrijpen vanuit de perspectieven van betrokkenen, eerder dan deze met een afstandelijke blik te verklaren (Abma & Widdershoven 2005; Greene 2001; Walker 1998).

In responsief onderzoek worden de bij het onderzoek betrokkenen personen niet puur gezien als informatieverstrekkers maar als actieve partners die het onderzoeksontwerp geleidelijk mee ontwikkelen op basis van niet alleen hun eigen leefwereld, maar ook de actuele casuïstiek die zich daarin voordoet en waarmee zij elk van doen hebben. In die zin ligt het onderzoeksontwerp dan ook niet van tevoren vast, maar ontwikkelt zich gaandeweg (Abma 2006). Kenmerkend is dat de te onderzoeken kwesties niet vooraf bepaald zijn of worden. Deze dienen zich gedurende het onderzoek aan en worden aangedragen door diegenen die onderwerp zijn van het onderzoek. In interactie met de onderzoekers wordt vervolgens bepaald welke kwesties relevant zijn om nader te onderzoeken. Naast identificatie van deze kwesties is het onderzoek gericht op achterliggende motieven en waarden gerelateerd aan de geleefde en doorleefde ervaringen van de betrokkenen in het onderzoek. Met het responsieve karakter van het onderzoek beogen wij tevens voorwaarden te creëren voor interactie in de vorm van dialogische processen waarin betrokkenen aan elkaar hun opvattingen verhelderen door over voor hen actuele casuïstiek te delibereren. Hiermee krijgen alle betrokkenen de mogelijkheid om hun eigen perspectief te verruimen en ervan te leren met als doel de praktijk te verbeteren (Widdershoven, Molewijk & Abma 2009a).

In responsief onderzoek wordt kennis beschouwd als verbonden met en aan de praktijk ontleende en doorleefde ervaringen. Kennis komt in deze zienswijze hermeneutisch en constructivistisch tot stand (Abma & Widdershoven 2006). Dat wil zeggen dat ook wij in ons onderzoek kennis beschouwen als niet op voorhand aanwezig, maar dat deze in interactie met de bij het onderzoek betrokken partijen tot stand komt en betekenis krijgt. Bestuurders en stakeholders, maar ook de onderzoekers zelf maken hier deel vanuit. De normatieve oriëntatie op de praktijk was het startpunt van ons onderzoek,

waarbij wij theorie verzameld en gebruikt hebben om de ervaringen van de in het onderzoek betrokkenen nader te expliciteren alsook om deze in een bredere context te kunnen plaatsen. Wij hebben ons in het onderzoek gerealiseerd dat de onderzoekers zelf geen objectieve onderzoekers op afstand zijn maar mede-interpretatoren van de werkelijkheid, waarbij wij het onderzoeksproces faciliteren door het empirische werk en de analyse ervan cyclisch te laten verlopen (Widdershoven, Abma & Molewijk 2009b). Persoonlijke betrokkenheid van de hoofdonderzoekster zelf bij hetgeen onderzocht wordt, is nodig om de perspectieven van de onderzochten te kunnen belichten (Stake 2004). In het eerste *persoonlijke intermezzo: betrokkenheid bij het vraagstuk* wordt geïllustreerd wat ten grondslag lag aan de betrokkenheid van de hoofdonderzoekster bij dit onderzoek.

1.8 Methode van onderzoek

Naturalistische case studies en interventionalistische dialogen

Om inzicht te krijgen in de percepties van bestuurders en andere stakeholders op de transitie in de ouderenzorg en op hun toewijzingen van verantwoordelijkheden, maken wij bij de bestudering van de statisch verdeelde verantwoordelijkheden (deel I) en de dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden (deel II) gebruik van naturalistische case studies. Case studies met een naturalistisch karakter stellen ons in staat om met een minimum aan interventie ons te kunnen verplaatsen in de perspectieven van bestuurders en stakeholders, en om het specifieke van hun dagelijkse bestuurspraktijk te kunnen begrijpen in al zijn complexiteit (Abma & Stake submitted; Stake 2006). De aandacht ligt hierbij op het specifieke van de praktijkervaringen en de perceptie daarvan, eerder dan op het generale en het feitelijke. Het naar boven halen van praktijkverbonden betekenissen is relevant in contexten waarin nieuw beleid nieuwe waarden en normen als standaard introduceert, zoals in de ouderenzorg (Abma 2000). De waarde van naturalistisch onderzoek ligt niet zozeer in het generalistische vermogen maar in de waarde die het heeft om ons, als lezer van de bevindingen, in de situatie van anderen – en in dit onderzoek de bestuurders van van oudsher intramurale zorginstellingen – te kunnen verplaatsen. Het stelt de lezer in staat te reflecteren op de bevindingen en de voor de eigen context relevante zaken naar de eigen praktijk te verplaatsen en toe te passen met de bedoeling om deze te verbeteren (Stake 2010).

Om inzicht te krijgen in de dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden (deel III) hebben wij een homogene en een heterogene Moreel Beraad bijeenkomst gehouden met een dialogisch karakter over door de betrokkenen in het onderzoek aangereikte actuele casuïstiek. Een Moreel Beraad bijeenkomst (MB) is een gespreksvorm die ruimte creëert voor ethische vragen en ethiek in de praktijk vorm geeft (Manschot & Dartel van 2003). Het in een MB centraal stellen van door de praktijk aangereikte casuïstiek doet recht aan de specifiek beoogde waarde van responsief onderzoek om de betekenis die

aan de zorgpraktijk gegeven wordt naar boven te halen én hierover tot gedeeld begrijpen te komen teneinde de praktijk te verbeteren (Abma & Widdershoven; 2006). Kenmerkend voor het interventionistische karakter van het onderling bespreken van actuele casuïstiek is het lerende, hermeneutische element (Widdershoven 2005).

Wij hanteren verhalen van en dialogen tussen bestuurders en andere stakeholders als kennisbronnen om inzicht te krijgen in de werkelijkheidsconstructies van hun dagelijkse zorgpraktijk. Verhalen illustreren hoe mensen in hun dagelijkse werkelijkheid aan zaken betekenis geven en wat dit betekent voor de manier waarop zij zich tot anderen verhouden en waarvoor zij zich verantwoordelijk voelen (Black 2008; Walker 1998). In verhalen verwijst de verteller op een natuurlijke wijze naar zijn verleden, verbindt dit met zijn huidige context. Ook geeft de verteller duiding aan wat en wie er voor hem of haar toe doen (Weick 2001). Het verhaal geeft ons de mogelijkheid een 'kijkje' te nemen in de werkelijkheidsconstructie van bestuurders en andere stakeholders. Tijdens het vertellen construeert de verteller zijn verhaal op een manier dat hij degene aan wie hij het vertelt zijn wereld kan laten begrijpen (Boje 1995). Dit gebeurt door de wijze waarop de vertellers spreken, over wat hen bezig houdt en hoe zij daarop acteren op basis van wat zij van zichzelf en van anderen verwachten (Walker 1998). In verhalen blijven de complexiteit en verwevenheid tussen het een en het ander bijeen, en vormen zij samen een constructie van de werkelijkheid zoals deze door de verhalenverteller beleefd, geïnterpreteerd en geduid wordt in al zijn uniciteit, complexiteit en ambivalentie (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber 1998). Mensen begrijpen en interpreteren hun werkelijkheid niet als een losstaand en geïsoleerd gegeven, maar geven hier vorm aan door de manier waarop zij in relatie staan met anderen, vanuit hun eigen betrokkenheid bij die werkelijkheid (Ryfe 2006). Door verhalen uit te wisselen, ontstaat zicht op elkaars perspectieven en elkaars achterliggende overwegingen. Hieruit kan een lerend effect ontstaan, omdat het eigen perspectief, onder invloed van dat van een ander, kan verschuiven en veranderen (Widdershoven 2005).

Selectie van participanten

De participanten aan het onderzoek zijn geselecteerd op basis van criteria die belangrijk zijn voor responsief onderzoek. De inclusiecriteria waren de volgende: de positie en ervaringen van de deelnemers zijn relevant voor het doel van het onderzoek, zij vertegenwoordigen een breed palet aan ervaringen, zij hebben een bepaalde betrokkenheid bij het onderzoeksonderwerp en zijn bereid om de eigen ervaringen te delen met anderen en staan open voor zienswijzen van anderen (Abma & Widdershoven 2006). Gestreefd is naar een betekenisvolle steekproef van bestuurders van van oudsher intramurale voorzieningen, met voldoende mogelijkheid voor intensieve studie naar het fenomeen van verantwoordelijkheids-toedelingen (Morse 1994). Voor een betekenisvolle steekproef is bij de selectie gestreefd naar een gevarieerde samenstelling van een groep bestuurders met uiteenlopende perspectieven op de transitie

in de ouderenzorg (Stake 2005). Daarvoor zijn wij in ons onderzoek gestart met zes bestuurders die in geslacht, bestuurservaring, leeftijd en omvang van hun zorgorganisatie verschilden. Het uiteindelijke aantal bestuurders is niet verder uitgebreid toen geen nieuwe kwesties of andere zienswijzen meer ingebracht werden en overeenstemming optrad in de bevindingen zoals blijkt uit systematische terugkeer en/of afwezigheid van relevante zaken (Corbin & Strauss 2008; Stake 2005).

Uit deze zes bestuurders is vervolgens één bestuurder, bestuurder Jansen (pseudoniem) van een intramurale zorgorganisatie Waterland (pseudoniem), geselecteerd en bereid gevonden voor het vervolg van het onderzoek. Wij hebben voor deze bestuurder gekozen vanwege de in zijn verhaal en in zijn aangedragen kwesties aanwezige spanningen, waarmee het potentieel om ervan te leren aanzienlijk is (Stake 2010). Het perspectief van bestuurder Jansen op de door hem aangedragen kwesties is uitgebreid met de perspectieven van een veertiental andere stakeholders. De selectie van deze stakeholders is gebaseerd op suggesties van bestuurder Jansen, omdat zij voor hem bij deze kwesties relevant zijn en hij bestaande werkrelaties met hen heeft. Met de keuze voor stakeholders met wie bestuurder Jansen in zijn dagelijks werk bekend is, hebben wij zoveel mogelijk recht willen doen aan de relationele praktijk van Jansen zoals deze zich in werkelijkheid voordoet. Om de mogelijkheid te hebben voor intensieve studie naar de diversiteit in en dynamiek tussen perspectieven op verantwoordelijkheids-toedelingen, hebben wij erop gelet dat in ieder geval de perspectieven van de zorgaanbieder, de overheid, de zorgfinancier en de cliënt vertegenwoordigd werden.

Voor het homogene MB is in overleg met bestuurder Jansen een casus gekozen die voor hem een actueel dilemma vormt en waarover hij bereid was deze met collega-bestuurders te bespreken. Aan het MB hebben zes bestuurders deelgenomen die elkaar regelmatig ontmoeten om ontwikkelingen in de ouderenzorg te bespreken. Wij hebben voor deze bestuurders gekozen omdat het vertrouwd zijn met elkaar en het gewend zijn aan het open met elkaar bespreken van kwesties een voorwaarde is om het eigen perspectief te kunnen onderzoeken en tevens open te staan voor interactie en verandering (Widdershoven & Abma 2007).

Voor deelname aan het heterogene MB is gekozen voor bestuurder Jansen en een veertiental andere stakeholders. De casus is aangedragen door bestuurder Jansen en door ons geselecteerd op basis van het vermogen om ervan te kunnen leren door de daarin aanwezige morele spanningen. De relevantie van de casus voor alle deelnemers heeft ons de mogelijkheid gegeven om de diversiteit in en dynamiek tussen perspectieven te kunnen bestuderen.

Methoden van dataverzameling

Om onze onderzoeksvraag te beantwoorden hebben wij gebruik gemaakt van open interviews en MB's, met de bedoeling om ons inzicht in de diversiteit aan en dynamiek tussen perspectieven op de transitie in de ouderenzorg te

vergroten en om te kunnen bestuderen wat dit betekent voor toedelingen van verantwoordelijkheden.

Bij de bestudering van de statisch verdeelde verantwoordelijkheden (deel I) hebben wij open interviews met het karakter van een natuurlijke conversatie gehanteerd, omdat deze geschikt zijn om het perspectief van de geïnterviewde naar voren te laten komen door de verhalen die hij of zij vertelt over wat hem of haar bezig houdt, wat daarin belangrijk gevonden wordt en wie erbij betrokken zijn. Door deze wijze van interviewen konden de narratieven, waarin de geïnterviewde betekenis geeft aan zijn of haar morele constructies over verantwoordelijkheids-toedelingen, geleidelijk naar boven komen (Stake 2010). Door het open karakter van de gekozen interviewstijl hebben wij de mogelijkheid gehad om de verhalen van de bestuurders en andere stakeholders naar voren te laten komen zonder sturing vooraf door de onderzoekster - en tevens interviewster - (Corbin & Strauss 2008; Reissman 1993). Tijdens de interviews heeft de interviewster een luisterende houding aangenomen en het verhaal van de geïnterviewde zo min mogelijk onderbroken om zich zo goed mogelijk te kunnen verplaatsen in de belevingswereld van de geïnterviewde en deze zo goed mogelijk te begrijpen (Kvale & Brinkmann 2009). Om ruimte te geven aan morele kwesties, is de interviewster de geïnterviewden open tegemoet getreden om een belangstellende en open sfeer te creëren.

Om de diversiteit aan en dynamiek in morele perspectieven van bestuurders nader te exploreren, hebben wij gebruik gemaakt van een homogeen MB. Om inzicht te krijgen in deze diversiteit aan en dynamiek tussen perspectieven van bestuurder Jansen en andere stakeholders, is in het onderzoek ook gebruik gemaakt van een heterogeen MB. Een MB wordt gezien als een praktisch hulpmiddel om systematisch moreel te reflecteren op een actuele praktijksituatie (Abma, Molewijk & Widdershoven 2009) en voorts als drager voor moreel leren en het maken van morele keuzes (Widdershoven & Abma, 2007). Wij hebben daarbij de dilemma-methode gevolgd omdat deze in het bijzonder gericht is op het dialogisch uitwisselen van morele perspectieven en achterliggende fundamentele motieven (Graste 2003; Dam van der et al. 2011a). Een bijeenkomst die op dergelijke wijze is ingericht, heeft niet als doel om consensus te bereiken maar om de morele perspectieven van de deelnemers op de ingebrachte casuïstiek te expliciteren en met de inbreng van ieders morele overwegingen de wederzijdse reflectie te stimuleren, met als doel het morele inzicht te vergroten en daarmee een verbetering van de praktijk te ondersteunen (Abma et al. 2009). De structuur helpt de deelnemers om hun perspectief op een vraagstuk te exploreren, te verdiepen en te verbreden en mogelijk te verschuiven. Het volgens deze methode gestructureerde dialogische proces is specifiek geschikt voor het achterhalen van normatieve perspectieven en draagt bij aan het verdiepen van inzichten en aan reflectie op vraagstukken die zich kenmerken door een diversiteit aan morele zienswijzen; hetgeen is wat wij in ons onderzoek beogen (Manshot & Dartel van 2003; Molewijk et al. 2008; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009).

De MB's werden gefaciliteerd door een ethicus - de facilitator - om te bewaken dat de sfeer open en veilig bleef; een voorwaarde om met respect voor elkaars perspectieven de eigen ervaringen en motieven vrijelijk naar voren te kunnen brengen (Dam van der et al. 2011b). De facilitator heeft de structuur en de gespreksdiscipline gehandhaafd zodat een samenspraak tot stand kon komen met een open, gelijkwaardig, vertrouwelijk en machtsvrij karakter. Dit is een voorwaarde om tot onderlinge interactie te kunnen komen waarbij op elkaars morele perspectieven gereflecteerd kan worden en het eigen perspectief zich kan verdiepen en verrijken (Molewijk et al. 2008; Widdershoven and Abma 2007).

Ter voorbereiding van de interviews en beide MB's, is gebruikt gemaakt van aanvullende openbare informatie over de organisaties van de betrokkenen in het onderzoek, beleidsnota's van de nationale en lokale overheden, en algemene achtergrondinformatie uit berichtgevingen in de media en op websites over de transitie in de ouderenzorg en de voorliggende casuïstiek. Voorafgaand aan en na afloop van de interviews en de MB's heeft de onderzoekster gebruik gemaakt van een logboek. Voor elke ontmoeting heeft de onderzoekster genoteerd welke indruk zij had van de personen in kwestie en de organisatie waarvoor zij werken, en welke actualiteiten speelden ten tijde van de ontmoetingen; factoren die van invloed zouden kunnen zijn op de in de gesprekken naar voren gebrachte kwesties en zienswijzen. Na de ontmoetingen is opgeschreven wat de onderzoekster tijdens de interviews en de MB's, opviel aan gedragingen en lichaamstaal die illustratief waren voor het persoonlijke perspectief van de betrokkenen in het onderzoek.

Wijze van analyseren

Om de door de verschillende methoden verkregen verhalen te analyseren op hun morele dimensie bij toedelingen van verantwoordelijkheden, hebben wij verschillende analysemethoden gebruikt; een inhoudelijke, een narratieve en een conversatie analysemethode.

De inhoudsanalyse betrof een integrale analyse van de verhalen van de betrokkenen (Reissman 1993; Walker 2007). Bij het analyseren van de inhoud is een open codering gehanteerd om fragmenten van de transcripten te benoemen die inzicht gaven in de kwesties die er voor betrokkenen toe doen. In een afwisselend inductief en deductief analyseproces zijn deze kwesties onderscheiden en met elkaar in verband gebracht. Wij hebben daarbij het empirische materiaal laten spreken zonder op zoek te gaan naar vooraf bepaalde kwesties en zienswijzen. Deze procedure is gebruikelijk conform de grounded theorie (Corbin & Strauss 2008) en sluit aan op de door ons gehanteerde responsieve benadering waarin gesteld wordt dat kwesties niet vooraf kenbaar zijn, maar gaande het onderzoek verkend moeten worden (Abma & Widdershoven 2006).

Naast de inhoud zijn ook de narratieven geanalyseerd (Feldman 2004; Reissman 1993). Verhalen, waarin de identiteit, waarden en relaties

geconstrueerd worden en tot expressie komen, worden door Walker als een belangrijke kennisbron gezien voor verantwoordelijkheids-toedelingen en de daaraan ten grondslag liggende normatieve verwachtingen die wij hebben van onszelf en van anderen (Walker 1998). Normatieve verwachtingen komen in haar benadering tot uitdrukking in drie soorten narratieven, respectievelijk: narratieven van identiteit, relaties en waarden. In narratieven van identiteit komt tot uiting hoe wij onszelf begrijpen en hoe anderen ons begrijpen, wat wij van onszelf als persoon verwachten, en wat anderen van ons verwachten. Narratieven van waarden vertellen ons welke fundamentele motieven het handelen van een persoon dragen, welke waarden in zijn omgeving spelen en welke discrepanties zich daarin voordoen. Narratieven van relaties verduidelijken wie voor ons belangrijk zijn, hoe wij ons tot hen verhouden, wat wij van hen verwachten en aan hen verschuldigd zijn (Walker 1998). Bij de analyse van deze narratieven hebben wij, naast de naar voren gebrachte inhoud, ook gelet op de wijze van spreken, het woordgebruik, het gebruik van metaforen en de opbouw van het verhaal waarvan herhalingen van onderwerpen en het gebruik van voorbeelden onderdeel uitmaken. Deze taalkenmerken helpen normatieve verwachtingen ten aanzien van de door betrokkenen ervaren opgaven en verantwoordelijkheids-opvattingen te herkennen en te begrijpen (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998; Stake 2005; Verkerk & Widdershoven 2005; Walker 1998).

Met behulp van conversatieanalyse is bestudeerd hoe tijdens de twee MB's de morele perspectieven zich in een dialogisch proces ontwikkelden (Kitzinger & Farguhar 1999; Widdershoven 2005). De dialogische interactie is benaderd als een waardegeladen proces met spanningen tussen waarden die ertoe doen, en waarover de betrokkenen onderhandelen (Stewart & Zediker 2000). Omdat dialogisch manoeuvreren plaatsvindt rond spanningen tussen waarden (Barbour & Kitzinger 1999), helpt analyse van de dialogische interactie bij de bestudering van de achterliggende motieven en opvattingen. Gevoelige momenten tijdens een conversatie geven inzicht in waar mensen voor staan en de waarden die er voor hen toe doen (Kitzinger & Farguhar 1999; Stewart & Zediker 2000). Aarzeling bij de inbreng van de eigen zienswijze, verdediging ervan, verbazing of emotionele reacties op de inbreng van overwegingen door een ander, zoals lachen of zwijgen, zijn hier voorbeelden van. Deze momenten helpen ons inzicht te krijgen in de variëteit in en conflicten tussen of overlap in morele perspectieven van de betrokkenen. Bij deze analyse is sprake van een dubbele hermeneutiek (Giddens 1987). De deelnemers aan de MB's interpreteren tijdens de dialoog hun eigen normatieve overwegingen. Daarnaast reconstrueren tevens de onderzoekers dit interpretatieproces, en brengen ze het dialogische leerproces van de deelnemers in kaart.

1.9 Opbouw van het onderzoek

Ten behoeve van het onderzoek naar de statisch verdeelde verantwoordelijkheden is gestart met een oriëntatiefase waarin zes bestuurders

van intramurale instellingen ondervraagd zijn op de betekenis die zij geven aan hun specifieke situatie en aan hun verantwoordelijkheden (zie schema 1). Wij hebben hiervoor gebruik gemaakt van open interviews opdat wij ons in hun situatie konden verplaatsen en hun perspectief konden begrijpen (Kvale & Brinkmann 2009).

Vervolgens is na selectie van bestuurder Jansen nader onderzocht wat aan zijn perspectief op de toedeling van verantwoordelijkheden ten grondslag ligt en welke rol zijn identiteit, zijn waarden en de relaties met andere stakeholders hierin spelen. Wij hebben dit onderzocht aan de hand van verdiepende interviews. De door hem in de oriëntatiefase aangedragen kwesties met spanningen tussen normatieve verwachtingen gaven ons in de verdiepingsfase de gelegenheid om dit onderhandelingsproces rond toedelingen van verantwoordelijkheden nader te bestuderen (Walker 1998).

Voor onderzoek naar de dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden en om een beter inzicht te krijgen in eventuele spanningen tussen normatieve verwachtingen van verschillende stakeholders, zijn aanvullende interviews gehouden met een veertiental stakeholders. De dynamiek in toedelingen is onderzocht aan de hand van een voor Waterland actuele casus over de uitbreiding van de intramurale zorgactiviteiten met ondersteunende activiteiten voor thuiswonende ouderen. Deze casus was geschikt voor nader onderzoek, omdat er zorgen waren over de financiële haalbaarheid van deze extramurale activiteiten en omdat er spanningen waren over hoe dit op te lossen, gezien de verschillende zienswijzen van een aantal stakeholders. Deze kwestie was in de verdiepingsfase door bestuurder Jansen als punt van zorg aangedragen. In samenspraak met bestuurder Jansen zijn vervolgens in- en externe stakeholders die voor hem in deze casus relevant waren, geselecteerd voor nader onderzoek naar hun perspectieven. Aan de hand van open interviews met het karakter van een natuurlijke conversatie (Kvale & Brinkmann 2009) zijn de perspectieven van deze stakeholders onderzocht en is het dynamische karakter van het onderhandelingsproces tussen hen en bestuurder Jansen bestudeerd (zie schema 1). Toen overeenstemming optrad in de bevindingen en geen nieuwe inzichten meer naar voren kwamen over wat er in een dynamisch proces van verantwoordelijkheids-toedelingen toe doet, is het aantal stakeholders niet meer uitgebreid.

Voor onderzoek naar de dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden hebben wij een tweetal MB's georganiseerd; een homogeen MB en een heterogeen MB. In het homogene MB stond een actueel dilemma van bestuurder Jansen centraal. Dit betrof de vraag of bestuurder Jansen zijn organisatie zijn intramurale cliënten voor door hen gewenste extra zorg- en welzijnsdiensten zou moeten laten bijbetalen. De casus was geschikt om nader te bestuderen omdat bestuurder Jansens morele overwegingen niet

FOCUS	BENADERING	DATA VERZAMELING	DATA ANALYSE
Deel I: Statisch verdeelde verantwoordelijkheden			
Hoofdstuk 2	Moreel- constructivistisch	Interviews met karakter van een natuurlijke conversatie	Inhoudsanalyse
Oriëntatiefase:			
Perspectieven bestuurders	Naturalistisch	Logboek	Narratieve analyse
Hoofdstuk 3	Moreel-constructivistisch	Interviews met karakter van een natuurlijke conversatie	Inhoudsanalyse
Verdiepingsfase:			
Perspectief van één bestuurder	Naturalistisch	Persoonlijke contactmomenten	Narratieve analyse
		Logboek	
Deel II: Dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden			
Hoofdstuk 4	Moreel-constructivistisch	Interviews met karakter van een natuurlijke conversatie en dieptevragen	Inhoudsanalyse
Meervoudige perspectieven op;			
De uitbreiding van de intramurale zorg van Waterland met ondersteunende activiteiten voor thuiswonende ouderen	Naturalistisch	Logboek	Narratieve analyse
Deel III: Dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden			
Hoofdstuk 5	Hermeneutisch- dialectisch	Homogene bijeenkomst in de vorm van een Moreel Beraad	Inhoudsanalyse
Dialogo gelijkgestemden (bestuurder en collega-bestuurders) over:	Interventionalistisch	Logboek	Narratieve analyse
Wel of geen bijbetaling door intramurale cliënten voor extra zorg- en welzijnsdiensten			Conversatie analyse
Hoofdstuk 6	Hermeneutisch- dialectisch	Heterogene bijeenkomst in de vorm van een Moreel Beraad	Inhoudsanalyse
Dialogo verschillend gerichte belangen (bestuurder en andere stakeholders) over:	Interventionalistisch	Logboek	Narratieve analyse
Het onrendabel zijn van een nieuwe welzijnsontwikkeling; een Grand Café			Conversatie analyse

Schema 1: Opbouw van het onderzoek

tot een voor hem eenduidig antwoord leidden. Op zijn verzoek is de casus besproken met een zestal hem vertrouwde medebestuurders met wie hij regelmatig de ontwikkelingen in de ouderenzorg bespreekt. De bereidheid en openheid om de casus met anderen te bespreken maakte de casus geschikt voor bespreking, omdat de openheid en bereidheid tot een dialogisch leerproces voorwaarden zijn om de aangedragen casuïstiek dialogisch te kunnen benaderen (Abma, Molewijk & Widdershoven 2009).

Tot slot heeft een heterogeen MB plaatsgevonden, bestaande uit bestuurder Jansen en de eerder in het onderzoek betrokken stakeholders. In deze groep is gedelibereerd over een nieuw ontwikkelde welzijnsdienst, een Grand Café voor zowel interne als externe cliënten. Deze casus was geschikt voor nadere bestudering omdat het een actuele en relevante casus was vanwege opgetreden exploitatietekorten. Tevens was de casus geschikt voor nadere bestudering van de diversiteit tussen en dynamiek in hun perspectieven omdat de morele zienswijzen van bestuurder Jansen en andere stakeholders op de casus verschilden. Het dialogische karakter van het MB hebben wij hierbij opgevat als een ethisch geladen proces waarin betrokkenen van moment tot moment onderhandelen op basis van fundamentele motieven en actief vorm geven aan moraliteit in hun dagelijkse praktijk (Walker 1998; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009).

1.10 Kwaliteitscriteria voor responsief onderzoek

De in dit onderzoek gehanteerde responsieve benadering vraagt om een specifieke validatie van het materiaal om tot geloofwaardige en betrouwbare bevindingen te kunnen komen. Een belangrijk kwaliteitscriterium is de geloofwaardigheid van de bevindingen in relatie tot de werkelijk beleefde praktijk van de betrokkenen (Guba & Lincoln 1989). Echter, de werkelijkheid, als feitelijk referentiekader voor validatie van de bevindingen, kunnen wij niet gebruiken omdat wij van die werkelijkheid slechts dat onderzoeken wat betrokkenen ervan interpreteren. De geloofwaardigheid van de ingebrachte interpretaties van de eigen situatie is bevorderd doordat de deelnemers niet gestuurd werden vanuit aannames vooraf, maar vrijelijk hun ervaringen en overwegingen naar voren konden brengen. De geloofwaardigheid hebben wij bovendien vergroot door gebruik te maken van zogenaamde member-checks, door in de vorm van analyseverslagen en verslagen van de deelnemers aan de beide MB's te vragen of deze een juiste weerslag waren van hun perspectief en of zij zich erin herkenden (Meadows & Morse 2001). Daarbij is om de geloofwaardigheid te vergroten, gebruik gemaakt van triangulatie. Triangulatie van bronnen helpt het includeren van verschillende perspectieven en waarden en voorkomt bias (Green et al. 2005).

Ten behoeve van de betrouwbaarheid van de analyses zijn de transcripten en verbatim uitgewerkte interviews en dialogische interacties uit de MB's separaat geanalyseerd door de eerste onderzoekster en een tweede

onderzoekster, de zogenoemde interrator. Na separate analyses zijn deze onderling besproken om tot betrouwbare analyses te kunnen komen waarin aan de perspectieven van betrokkenen zoveel mogelijk recht is gedaan, door steeds terug te gaan naar de oorspronkelijke interviews. Vervolgens zijn de onderzoeksresultaten met de andere medeauteurs zo vaak als nodig besproken om te komen tot overeenstemming in de bevindingen waarbij triangulatie toegepast is door gebruik te maken van de door ons gehanteerde verschillende wijzen van onderzoek; open interviews, een homogeen en een heterogeen MB. Daarnaast zijn de notities van de onderzoekster in haar logboek, gebruikt als reflectiemateriaal op het eigen denkkader. De persoonlijke indruk voorafgaand aan en volgend op de ontmoetingen, evenals de persoonlijke indrukken, zijn in relatie met de analyse van de uitgewerkte interviews en conversaties uit de MB's meermalen besproken met de tweede onderzoekster - de interrator - en in het auteursteam. Dit om zich bewust te blijven van haar rol als interpretator van het aangereikte materiaal (Meadows & Morse 2001). Mogelijke vooronderstellingen zijn meermaals besproken, zodat bij de onderzoekster alertheid ontstond om over- en onderidentificatie te voorkomen van de personen die betrokken waren in het onderzoek.

Guba en Lincoln (1989) wijzen voorts op het belang van een eerlijk (responsief) proces waarin alle deelnemers hun inbreng kunnen en mogen hebben, en een proces waarin recht gedaan wordt aan de authenticiteit van de deelnemers. Hiermee streeft het onderzoek ernaar om de deelnemers te ondersteunen bij het krijgen van een beter inzicht in de eigen opvattingen en die van anderen en een beter zicht op de situatie en hun eigen inbreng daarin. Een veilige omgeving om iedereen een stem te geven is hierbij belangrijk, waarbij door de onderzoekers specifiek gelet moet worden op onevenwichtigheid in inbreng door aanwezige machtsrelaties (Koch 2000). Om hieraan tegemoet te komen hebben wij met alle deelnemers open interviews in hun eigen vertrouwde omgeving gehouden om hun de gelegenheid te geven vrijuit te spreken. Daarnaast hebben wij een homogeen MB gehouden zodat bestuurder Jansen de mogelijkheid had zijn morele dilemma aan voor hem vertrouwde collega's te kunnen voorleggen. Tevens hebben wij ervoor gekozen om beide Moreel Beraad-bijeenkomsten - zowel het homogene als het heterogene MB - te laten faciliteren om de openheid en veiligheid van de sfeer te kunnen bewaken zodat ieders inbreng aan bod kon komen. Door in de Moreel Beraad-bijeenkomsten ruimte te geven aan verhalen over en ervaringen met de daarin centraal gestelde casus, is een klimaat voor open dialoog ondersteund.

Responsief onderzoek resulteert in context-gebonden kennis over specifieke en lokale situaties (Abma 2005). Deze kennis kan getransformeerd worden naar de context van de lezer als het rijke beschrijvingen bevat van ervaringen met en opvattingen over de bestudeerde onderwerpen (Geertz, 1973). In onze studie hebben wij hieraan tegemoet willen komen door uitgebreide beschrijvingen van de context, waarin de kwesties van de bestuurders en de andere stakeholders zich afspelen, alsook door gebruik

te maken van quotes om hun ervaringen en opvattingen daarover in al hun rijkheid weer te kunnen geven. Wij zien de meerwaarde van dit onderzoek in het beter begrijpen van de belewingswereld van bestuurders van intramurale instellingen, als aanvulling op de beleidspraktijk in en bestaande kennis over de ouderenzorg. Niet de feitelijkheid was onderwerp van onderzoek, maar dat wat de betrokkenen in hun specifieke situatie hebben ervaren en hoe zij uitdrukking gaven aan hun toedelingen van verantwoordelijkheden. De door ons gebruikte casussen hebben wij gebruikt ter illustratie van wat er in de dagelijkse verantwoordelijkheidpraktijk toe doet en wat daarop van invloed is. De narratieven ondersteunen het begrijpen van het specifieke van de diverse leefwerelden (Nussbaum, 1994). De lezers van deze studie ondersteunen wij door de mogelijkheid te bieden om de bevindingen te betrekken op hun eigen context, door te reflecteren op de beschrijvingen van het unieke en specifieke van de onderzochte situatie en hun eigen inzicht hierover te vormen (Abma & Stake 2001; Melrose 2009). Hiermee proberen wij de perspectieven van de bestuurders en de stakeholders en onze bevindingen daarover zodanig naar voren te brengen, dat de lezer in staat gesteld wordt een eigen perspectief te ontwikkelen op de transitie in de ouderenzorg en wat dit betekent voor verantwoordelijkheids-toedelingen.

Om recht te doen aan de notie dat de hoofdonderzoekster actief onderdeel uitgemaakt heeft van het onderzoek, zijn in dit manuscript twee persoonlijke intermezzo's opgenomen. Hierin staan haar eigen opvattingen en perspectieven beschreven op hoe zij in eerste instantie betrokken is geraakt bij het onderwerp van onderzoek, wat haar perspectief was op de transitie in de ouderenzorg (Intermezzo I), hoe haar perspectief gaande het onderzoek is verschoven, en hoe de opgedane bevindingen door haar getransformeerd zijn naar haar dagelijkse werkpraktijk (Intermezzo II).

Literatuurlijst

- Abma, TA 2000, 'Responding to ambiguity, responding to change the value of a responsive approach to evaluation', *Evaluation and Program Planning*, vol. 23, no. 4, pp. 461-470.
- Abma, TA 2005, 'Responsive evaluation: Its meaning and special contribution to health promotion', *Evaluation and Program Planning: An International Journal*, vol. 28, no. 3, pp. 279-289.
- Abma, TA 2006, 'The Practice and Politics of Responsive Evaluation', *The American Journal of Evaluation*, vol. 27, no. 1, pp. 31-43.
- Abma, T, Baur, V, Molewijk, B & Widdershoven, GM 2010 'Inter-ethics: Towards an interactive and interdependent bioethics', *Bioethics*, vol. 24, no. 5, pp. 242-256.
- Abma, T., Bruijn, A., Kardol, T., Schols, J. & Widdershoven, G. 2011. 'Responsibilities in elderly care: Mr Powell's narrative of duty and relations', *Bioethics*, 26, 22-31.
- Abma, TA, Molewijk, B & Widdershoven, GAM 2009, 'Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation', *Health Care Analysis*, vol. 17, no. 3, pp. 217-235.
- Abma, T.A., Oeseburg, B., Widdershoven, G.A & Verkerk, M. 2009, 'The quality of caring relationships', *Psychology research and behavior management*, 2, 39-45.
- Abma, TA, & Stake, RE 2001, 'Stake's Responsive Evaluation: Core Ideas and Evolution', *New Directions for Evaluation*, vol. 2001, no. 92, pp. 7-22.
- Abma, TA & Stake, RE 2013, 'Science of the Particular. An Advocacy of Naturalistic Case Study in Elderly Care and research' submitted to *Qualitative Health Research*.
- Abma, T & Widdershoven, G 2005, 'Sharing Stories; Narrative and dialogue in responsive nursing evaluation', *Evaluation & The Health Professions*, vol. 28, no. 1, pp. 90-109.
- Abma, TA & Widdershoven, GAM 2006, *Responsieve methodologie: interactief onderzoek in de praktijk*, Lemma, Den Haag, The Netherlands.
- Andersen, R & Newman, JF 1973, 'Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States', *The Milbank Memorial Fund quarterly: Health and society*, vol. 51, no. 1, pp. 95-124.

Barbour, RS & Kitzinger, J 1999, *Developing focus group research: politics, theory and practice*, Sage, London.

Baur, V 2012, *Participation & Partnership; Developing the influence of older people in residential care homes*, Uitgeverij BOXpress, 's-Hertogenbosch.

Black, L 2008, 'Deliberation, Storytelling, and Dialogic Moments', *Communication theory: A Journal of the International Communication Association*, vol. 18, no. 1, pp. 93-116.

Boje, DM 1995, 'Stories of the storytelling organization: A postmodern analysis of Disney as "Tamara-Land"', *Academy of Management Journal*, vol. 38, no. 4, pp. 997-1035.

Brandsen, T, Donk van de, W & Putters, K 2005, 'Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector' *International Journal of Public Administration*, vol. 28, no. 9/10, pp. 749-766.

Brandsen, T, Donk van de, W & Kenis, P 2006, *Meervoudig bestuur: publieke dienstverlening door hybride organisaties*, Lemma, Den Haag, The Netherlands.

Campen van, C, Draak den, M & Ras, M 2011, *Kwetsbaar alleen; De toename van het aantal alleenwonende ouderen tot 2030*, Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag, The Netherlands.

Corbin, J, & Strauss, AL 2008, *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*, SAGE Publications , Los Angeles, CA.

Dam van der, S, Abma, TA, Kardol, MJM & Widdershoven, GAM 2011a, "Here's My Dilemma". Moral Case Deliberation as a Platform for Discussing Everyday Ethics in Elderly Care', *Health Care Analysis*, Vol. 20, no. 3, pp. 250-267.

Dam van der, SS, Abma, TAT, Molewijk, ACB, Kardol, MJMT, Schols, JMGAJ & Widdershoven, GAMG 2011b, 'Organizing moral case deliberation experiences in two Dutch nursing homes', *Nursing Ethics*, vol. 18, no. 3, pp. 327-340.

Deuning, C 2009, 'Verpleeg- en verzorgingshuizen per gemeente 2009' in *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationale Atlas Volksgezondheid*, RIVM, Bilthoven, The Netherlands.

Erken, H, Koot, PM & Kuijpers, J 2010, 'Arbeidsmarkt Arbeidstekorten in de zorg Bij ongewijzigd beleid zullen aanzienlijke arbeidstekorten in de gezondheids- en welzijnszorg ontstaan en wordt het groeipotentieel van de gehele economie aangetast', *Economisch Statistische Berichten*, vol. 95, no. 4598, pp. 726-728.

Feldman, MS 2004, 'Making Sense of Stories : A Rhetorical Approach to Narrative Analysis', *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 14, no. 2, pp. 147-170.

Gergen, KJ 2001, *Social construction in context*, Sage, London.

Giddens, A 1987, *Social theory and modern sociology*, Polity, Cambridge.

Graste, J 2003, 'Omgaan met dilemma's; een methode voor ethische reflectie', in H Manschot & H Dartel van (eds.), *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam, pp. 43-62.

Greene, J 2001, 'Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective', *Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice*, vol. 7, no. 2, pp. 181-187.

Greene, J, Kreider, H & Mayer, E 2005, 'Combining qualitative and quantitative methods in social inquiry', in B Somekh & C Lewin (eds.) *Research Methods in the Social Science*, Sage, London, pp. 274-281.

Grit, K 2004, 'Corporate Citizenship: How to Strengthen the Social Responsibility of Managers?' *Journal of Business Ethics*, Vol. 53, No. 1/2, pp. 97-106.

Guba, EG, & Lincoln, YS 1989, *Fourth generation evaluation*, Sage Publications, Newbury Park.

Hout van, E 2007, *Zorg in spagaat : management van hybride, maatschappelijke organisaties*, Lemma, Den Haag, The Netherlands.

Isett, KR, Mergel, IA, Leroux, K, Mischen, PA & Rethemeyer, RK 2011, 'Networks in Public Administration Scholarship : Understanding Where We Are and Where We Need to Go' *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 21, no. S1, i157-i173.

Janssen, BM 2013, *Resilience and old age. Community care from an insider and empowermetn perspectieve*, Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam.

Kitzinger, J & Farguhar, C 1999, 'The analytical potential of 'sensitive moments' in focus group discussion', in RS Barbour & J Kitzinger (eds.), *Developing focus group research: politics, theory and practice*, Sage, London, pp. 156-173.

Klijn, EH & Koppenjan, JFM 2000, 'Public Management and Policy Networks', *Public Management Review*, vol. 2, no. 2, pp. 135-158.

- Koch, T 2000, 'Having a say': negotiation in fourth-generation evaluation', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 117-125.
- Kvale, S, & Brinkmann, S 2009, *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Landeweer, EGM, Abma, TA & Widdershoven, GAM 2011, 'Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry', *Nursing Ethics*, vol. 18, no.3, pp. 304-316.
- Lieblich, A, Tuval-Mashiach, R & Zilber, T 1998, *Narrative research : reading, analysis and interpretation*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Lurie, Y & Albin, R 2007, 'Moral Dilemmas in Business Ethics : From Decision Procedures to Edifying Perspectives', *Journal of Business Ethics*, vol. 71, no. 2, pp. 195-207.
- Maak, T & Pless, NM 2006, 'Responsible Leadership in a Stakeholder Society - A Relational Perspective', *Journal of Business Ethics*, vol. 66, no. 1, pp. 99-115.
- Manschot, H & Dartel van, H 2003, *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam.
- Meadows, LM, & Morse, JM 2001, 'Constructing evidence within a qualitative project', in JM Morse, JM Swanson, & AJ Kuzel (eds.), *The nature of Qualitative Evidence*, Sage, Thousand Oaks, pp.187-201.
- Melrose, S 2009, 'Naturalistic Generalization', in AJ Mills, G Durepos & E Wiebe (eds.) *Encyclopedia of Case Study Research*, Sage, Thousand Oaks, pp. 600-602.
- Morse, J 1994, Designing funded qualitative research. In *Handbook for qualitative research*, ed. N. Denzin and Y. Lincoln, Sage, Thousand Oaks, pp. 220-35.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005, *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*, VWS, The Hague, The Netherlands.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006a, *Wet maatschappelijke ondersteuning*, VWS, The Hague, The Netherlands.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006b *Wet marktordening gezondheidszorg*, VWS, The Hague, The Netherlands.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010a, *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen*, VWS, The Hague, The Netherlands.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010b, *Wettekst Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, VWS, The Hague, The Netherlands.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011, *De patient centraal?*, VWS, Breukelen/Amsterdam, The Netherlands.

Molewijk, B, Verkerk, M, Milius, H & Widdershoven, G 2008, 'Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome', *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 11, no. 1, pp. 43-56.

Noordegraaf, M & Abma, T 2003, 'Management by Measurement? Public Management Practices Amidst Ambiguity', *Public Administration: Journal of the Royal Institute of Public Administration*, vol. 81, no. 4, pp. 853-872.

Noordegraaf, M & Stewart, R 2000, 'Managerial Behaviour Research in Private and Public Sectors: Distinctiveness, Disputes and Directions' *Journal of Management Studies*, vol. 37, no. 3, pp. 427-444.

Nussbaum, M, 1994, *The therapy of desire: theory and practice in Hellenistic ethics*. Princeton University Press, New Jersey.

Ohnsorge, K & Widdershoven, G 2011, 'Monological versus dialogical consciousness: two epistemological views on the use of theory in clinical ethical practice', *Bioethics*, vol. 25, no. 7, pp. 361-369.

Poel van de, I & Royakkers, L 2007, 'The Ethical Cycle', *Journal of Business Ethics*, vol. 71, no. 1, pp. 1-13.

Pollitt, C & Bouckaert, G 2004, *Public management reform : a comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford.

Pommer, EW & Stevens, J 2007, *Comparing Care; The care of the elderly in ten EU-countries*. The Netherlands Institute for Social Research, Den Haag, The Netherlands.

Provan, KG & Kenis, P 2008, 'Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness', *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 18, no. 2, pp. 229-252.

Putters, K 2009, *Besturen met duivelselastiek*, Rotterdam, Erasmus University Rotterdam.

Putters, K., Hout van, EV & Ribeiro, TC 2006. 'Over bestuurlijke ruimte in de lokale zorg en dienstverlening', *B & G*, 33, 26-28.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2011, *De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen*, J Hamers (ed.), Maastricht University, Maastricht, The Netherlands.

Reissman, CK 1993, *Narrative Analysis*, Sage, Newbury Park.

Ryfe, D 2006, 'Narrative and Deliberation in Small Group Forums', *Journal of Applied Communication Research*, vol. 34, no. 1, pp. 72-93.

Schäfer, W, Kroneman, M, Boerma, W, Berg van den, M, Westert, G, Devillé, W & Ginneken van, E 2010, 'The Netherlands: health system review', *Health systems in transition*, vol. 12, no. 1, 1-229.

Scheer van der, W 2007, 'Is the new health-care executive an entrepreneur?' *Public Management Review*, vol. 9, no.1, pp. 49-65.

Schwandt, TA 2001, 'A Postscript on Thinking about Dialogue', *Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice*, vol.7, no. 2, pp. 264-276.

Stake, RE 2004, *Standards-based & responsive evaluation*, Sage, Thousand Oaks.

Stake, RE 2005, *Qualitative Case studies*, in NK Denzin, & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 443-466.

Stake, RE 2006, *Multiple case study analysis*, New York, The Guilford Press.

Stake, RE 2010, *Qualitative research studying how things work*, New York, Guilford Press.

Steen, M, Bruijn de, H & Schillemans, T 2013, *De grote samenleving*, *Bestuurskunde*, vol. 22, no. 1, pp. 5-12.

Stewart, J & Zediker, K 2000, 'Dialogue As Tensional, Ethical Practice', *The @southern communication journal : published quarterly by the Southern States Communication Association*, vol. 65, no. 2-3, pp. 224-242.

Stoopendaal, A 2008, *Zorg met afstand: betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*, Koninklijke Van Gorcum, Assen, The Netherlands.

Verkerk, MJ, Leede de, J & Nijhof, AHJ 2001, 'From responsible management to responsible organizations: The democratic principle for managing organizational ethics' *Business and Society Review*, vol. 106, no. 4, pp. 353-378.

Verkerk, M, & Widdershoven, G 2005, *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?*, UMCg, Groningen, The Netherlands.

Visse, MA, Widdershoven, GAM, Abma, T 2012, 'Moral learning in an integrated service network', *Health Care Analysis*, vol. 3, pp. 281-296.

Walker, MU 1998, *Moral understandings: a feminist study in ethics*, Routledge, New York.

Walker, MU 2007, *Moral understandings a feminist study in ethics*, Oxford University Press, New York.

Weick, KE 2001, *Making sense of the organization*, Blackwell, Oxford.

Widdershoven, GAM 2000, *Ethiek in de kliniek: hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*, Boom, Amsterdam, The Netherlands.

Widdershoven, GAM 2005, 'Interpretation and dialogue in hermeneutic ethics', in RE Ashcroft, A, Lucassen, M, Parker, M Verkerk & G Widdershoven (eds.), *Case analysis in clinical ethics*, Cambridge University Press, Cambridge, pp 57-75.

Widdershoven, GAM & Abma, TA 2003, 'Moreel beraad als dialoog, Dialogische ethiek en responsieve evaluatie als grondslagen voor moreel beraad', in Manschot, H & Dartel van, H (eds.), *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam, p.191-202.

Widdershoven, GAM & Abma, TA 2007, 'Hermeneutic ethics between practice and theory', in RE Ashcroft, A Dawson & H Draper (eds.), *Principles of health care ethics*, Wiley, Chichester, pp. 215-223.

Widdershoven, GAM, Abma, TA, & Molewijk, B 2009a, 'Empirical ethics as dialogical practice', *Bioethics*, Vol. 23, No. 4, pp. 236-248.

Widdershoven, G, Molewijk, B & Abma, T 2009b, 'Improving care and ethics: a plea for interactive empirical ethics', *American Journal of Bioethics*, vol. 9, no. 6-7, pp. 99-101.

PERSOONLIJK INTERMEZZO

Betrokkenheid bij het vraagstuk

De wens om onderzoek te doen in de zorg ontstond na een intensieve periode waarin ik zo goed en zo kwaad als het ging de zorg voor mijn ouders probeerde te combineren met de zorg voor mijn toen nog zeer jonge kinderen en mijn werk. Tussen de komst van drie nieuwe levens vielen er twee weg. Samen met mijn drie zussen heb ik geprobeerd voor mijn ouders te zorgen op een manier die bij hen paste. Dat betekende overigens voor mijn moeder iets heel anders dan voor mijn vader. Met mijn zussen onderling verdeelden wij dagelijks wie wat ging doen en van lieverlee deden professionele hulpverleners daarin mee. Van Margret Urban Walker had ik toen geen notie, maar ze was er impliciet toch. We *waren* niet verantwoordelijk maar *voelden* ons verantwoordelijk. En in het hele proces van ‘zien wat nodig was’ en ‘doen wat gewenst was’, was iedereen betrokken. Niet alleen stond mijn moeder centraal, of later mijn vader, maar wij allemaal, inclusief onze echtgenoten die voor de thuishavens zorgden en waar nodig de kleintjes (inmiddels dertien in aantal) van elkaar en voor elkaar opvingen.

Het promotieonderzoek is feitelijk gestart met een vraag die na deze periode bij mij naar boven kwam en waar ik onvermijdelijk iets mee moest. Ik was weer volop aan het werk maar om één of andere reden knipte ik alle artikelen uit de krant die over de zorg gingen. Vooral knipsels die, ik spreek van 2006/2007, spraken van ‘vraaggerichte zorg’, ‘marktwerking’, ‘cliënt centraal’ en meer van die begrippen die de omslag in het ouderenbeleid aankondigden. Deze begrippen raakten mij omdat ik in mijn werk bij de Gemeente Tilburg met gelijksoortige begrippen als ‘het centraal zetten van de burger’ en ‘actief burgerschap’ te maken had en het geworstel ermee kende. Want beide begrippen klinken logisch maar de vraag hoe je hier in de (beleids)praktijk handen en voeten aan geeft is nog niet zo eenvoudig. Op het moment dat – als dat al mogelijk zou zijn – je alle wensen van de burgers kent, komt onherroepelijk de wezenlijke vraag: ‘en hoe ga je dan om met dat palet aan veelheid van wensen en belangen?’. Hoe ga je te werk in de tegenstrijdigheid die zich hierbij onherroepelijk voordoet? Hoe stuur je het zo aan dat uiteindelijk bij de burger zelf een situatie ontstaat die recht doet aan zijn uniciteit en authenticiteit? Iets wat nastrevenswaardig is en wat ik persoonlijk ervaren had als een diep menselijke wens als het om zorg gaat.

Vanuit mijn werk als strateeg die mag uitstippelen wat communicatie kan bijdragen aan het behalen van bestuurlijke doelen, had ik het maar wat moeilijk om de mechanismen te ontrafelen die aan toedelingen van verantwoordelijkheden en bijbehorende communicatie ten grondslag zouden kunnen liggen en – nog mooier – zouden kunnen bijdragen. Mijn persoonlijke ervaringen met zorgen voor je naasten, mijn interesse voor en bezorgdheid over de omslag die in de zorg aan de gang was, en tegelijkertijd mijn persoonlijke (werk)ervaring, mondde uit in de vraag: ‘Hoe geef je aan zo’n zorgomslag sturing zonder de cliënt als mens uit het oog te verliezen?’ Zoals bij het begin van elk nieuw onderzoek, was ook deze vraag te ruim en niet gefocust genoeg om onderzocht te worden. Ik heb mijn vraag aangescherpt door specifiek

te kijken naar *bestuurders van intramurale instellingen in de ouderenzorg*, die voor de uitdaging staan om antwoorden te vinden op de snelle vergrijzing. En *sturing* is aangescherpt door de focus te leggen op hoe bestuurders hun *verantwoordelijkheden* ervaren die zij op zich nemen en wat zij daarbij van anderen verwachten.

Vanuit een wetenschappelijk oogpunt vraagt een bepaalde context met daarin een gedefinieerd probleem en een bijbehorend omschreven vraag een hierbij passende wijze van onderzoeken. In de algemene inleiding onderbouw ik waarom de zogenoemde moreel-constructivistische benadering de onderzoeksvraag kan helpen wetenschappelijk te beantwoorden. Niet alleen wetenschappelijk gezien, maar ook persoonlijk paste die methode als een comfortabel jasje. Ik ervaar de wereld niet als feitelijk. In mijn relaties met mensen handel ik vanuit een altijd aanwezig basisgevoel dat een situatie door een ieder anders gezien en ervaren wordt. Wat in een specifieke situatie goed of niet goed zou zijn, zie ik doorgaans niet als een evidentie op zich. Zeker in de zorg voor anderen ervaar ik dit als voelbaar en relevant. Waar de ene mens behoefte heeft om alleen gelaten worden, wil de ander juist afleiding. En waar de ene verzorgende het liefst de touwtjes in handen neemt, wil de andere dit in samenspraak doen. Zorgen voor – zo heb ik het ook in de zorg voor mijn ouders ervaren – is een complexe bezigheid die hier onherroepelijk mee te maken heeft; het samenspel tussen degene die zorg nodig heeft en de mensen die betrokken zijn om de zorg te geven – informeel en formeel – en dat alles met verschillende beelden over wat dan goed is en wat niet. De gekozen onderzoeksbenadering heeft een dergelijke complexe realiteit als uitgangspunt. En dat was voor mij essentieel. Zou ik dit niet als uitgangspunt genomen hebben, dan zou ik in mijn ogen per definitie te kort doen aan dat wat in de wereld van de zorg de essentie is. Tijdens de bestudering van de theorie heb ik allengs geleerd hoe diepgaand en fundamenteel deze filosofische kijk op de wereld eigenlijk is. Ik heb mij gelaafd aan de literatuur die ik erover gelezen heb en die ik interpretatief gebruikt heb. Al doende werd mij duidelijk, zoals bij zo velen die mij zijn voorgegaan, dat ook hier geldt: ‘hoe meer je weet, hoe minder je weet’. De kritische vragen van mijn promotor en copromotor, als experts in deze stroming, hebben mij uitgedaagd hier zo ver mogelijk in te komen.

Ik ben frank en vrij aan het onderzoek begonnen. Toch was ik niet zonder vooringenomenheden. Deze lagen in een (toen nog) onwrikbare overtuiging dat mijn zoektocht zou leiden tot duiding van systemische belemmeringen. Het is toch immers onmogelijk om vanuit een systemische sturing zoveel diversiteit aan wensen en behoeften aan te kunnen?, zo was de gedachte. Ik was op weg om te ontdekken waar het systeem de cliënt als mens verliest. In de gesprekken met de diverse bestuurders heb ik mij vol overgave in hun wereld gestort en kreeg ik het plaatsvervangend benauwd van de opgaven waarvoor zij stonden en nog steeds staan. Waardevol was dat één van mijn promotoren mij regelmatig wees op de gevaren om te veel met die vooringenomen bril de wereld van de bestuurders te beleven en de interviews te analyseren. Zijn

volharding om mij hier keer op keer op te wijzen is iets waar ik hem nu dankbaar voor ben. Het onderzoek heeft in mijn ogen aan waarde gewonnen toen ik mij minder ging focussen op de belemmeringen door de institutionele kaders en meer op de vraag waar het onderzoek werkelijk over ging, namelijk het met alle betrokkenen verbeteren van de zorgpraktijk in de eigen context. Een punt van aandacht was mijn hang naar bevindingen over het dialogische proces op zich. Ik dreigde hiermee de betekenis die de bevindingen hadden of konden hebben voor de ouderenzorg te kort te doen. Dit was niet zo verwonderlijk omdat in mijn werk binnen de gemeente het ontwikkelen van communicatieve processen in de kinderschoenen stond, en mijn honger naar kennis en ervaringen hierover onstilbaar was. Ik heb geleerd dat een dialoog een interveniërend vermogen heeft: het samen doorspreken van de vraag voor wie wij het ook alweer deden en het aanscherpen van ons handelen daarop.

In het tweede persoonlijke intermezzo beschrijf ik hoe mijn perspectief op het vraagstuk in de loop van het onderzoek veranderd is, wat dit voor het onderzoek zelf betekende en voor mijn werk bij de gemeente Tilburg. Om ervoor te zorgen dat beide persoonlijke stukken zo geloofwaardig en betrouwbaar mogelijk zijn, heb ik naast het voorleggen aan mijn (co-)promotoren ook één van mijn zussen en een collega gevraagd beide stukken te lezen. Ik heb hun gevraagd of dat wat ik daarin als mijn perspectief weergeef, recht doet aan mijn persoon zoals zij die ervaren, en aan de zaken zoals die gelopen zijn, wetende dat ook zij – trouwblijvend aan de sociaal-constructivistische traditie – vanuit hun eigen wereld hun eigen perspectief hebben.

‘Op de vraag naar de zin
van het leven antwoordt
ieder met zijn eigen levensloop’
György (George) Konrád

DEEL I

Statisch verdeelde verantwoordelijkheden

HOOFDSTUK 2

Toekenningen van verantwoordelijkheden in een lokale context

Perspectieven van Nederlandse bestuurders in de ouderenzorg
op het veranderende zorgsysteem

L. Van Gastel, K.G. Luijkx, J.M.G.A. Schols, G.A.M. Widdershoven, T.A. Abma

Samenvatting

In een neoliberale politieke context, waar overheden meer verantwoordelijkheden delegeren aan maatschappelijke partijen in de zorg, is een nieuwe morele ruimte ontstaan. Van bestuurders wordt verwacht dat zij kosten reduceren, concurreren en innoveren en dat ze dit sociaal maatschappelijk verantwoord doen. Onbekend is hoe in de praktijk met deze toedelingen van zorgverantwoordelijkheden omgegaan wordt. Onder zes bestuurders van verpleeg- en verzorgingshuizen is een naturalistische case studie uitgevoerd om inzicht te krijgen in hoe zij hun verantwoordelijkheden opvatten. Een moraal-constructivistische onderzoeksbenadering laat zien dat bestuurders de veranderingen in de ouderenzorg als noodzakelijk ervaren en zich verantwoordelijk voelen deze te implementeren. Narratieven onthullen dat de specifieke normatieve verwachtingen over verantwoordelijkheden contextgebonden zijn en gegrond in de persoonlijke identiteit, waarden en relaties. Spanningen treden op als normatieve verwachtingen ten aanzien van zichzelf of ten aanzien van anderen conflicteren. Soms leidt dit tot impasses, soms tot oplossingen waarbij het vermogen van bestuurders om spanningen bij zichzelf of in relatie met stakeholders te overbruggen een belangrijke rol speelt.

2.1 Inleiding

In de meeste Europese landen hebben bestuurders in de ouderenzorg te maken met structurele veranderingen in het overheidsbeleid rond de zorg voor ouderen. Door de demografische ontwikkelingen staan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ouderenzorg onder druk. Overheden zoeken naar nieuwe wegen om de oplopende kosten beheersbaar te houden. Principes van vrije marktwerking zijn geïntroduceerd om vraaggerichtheid en concurrentie in de zorg te stimuleren (Meurs & Grinten van der 2005; Noordegraaf & Meulen van der 2008; Oborn, Barrett & Exworthy 2011; Pollitt & Bouckaert 2004). In lijn met deze Europese ontwikkelingen heeft de Nederlandse overheid de verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen meer en meer gedelegeerd naar lokale overheden en de samenleving (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2012). Daarbij wordt ook van ouderen verwacht dat zij meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor het zo lang mogelijk zelfstandig blijven met steun van informele zorgverleners en sociale netwerken. Deze transitie vraagt van bestuurders in de ouderenzorg nadrukkelijk om ondernemerschap in een concurrerende zorgmarkt, met oog voor maatschappelijke problemen en sensitiviteit voor de belangen en normatieve overwegingen van betrokken partijen (Grit 2004; Hemingway & MacLagan 2004; Maak & Pless 2006; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Peredo & McLean 2006; Putters 2009; Scheer van der 2007; Stoopendaal 2009).

Bestuurders van verzorgings- en verpleeghuizen in Nederland staan voor de opgave hun organisatie door deze veranderingen heen te loodsen en verantwoordelijkheden te herverdelen. Zij moeten vernieuwen en tegelijkertijd de kwaliteit van hun bestaande zorgactiviteiten continueren; daarbij komt dat zij primair verantwoordelijk zijn geworden voor hun gebouwen. Zij worden uitgedaagd om initiatief te tonen en om in samenspraak met diverse partijen en belanghebbenden nieuwe ontwikkelingen ter hand te nemen (Grit 2004; Noordegraaf & Meurs 2002; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Scheer van der 2007). Naast interne partijen zoals Raad van Toezicht, zorgprofessionals, OR en Cliëntenraad, hebben bestuurders meer en meer te maken met externe belanghebbenden waaronder cliënten en hun verwanten, cliënten- en familiebelangengroepen, zorgfinanciers, de nationale en lokale overheden, projectontwikkelaars en woningbouwverenigingen, en andere zorgorganisaties. In navolging van de genoemde veranderingen moeten bestuurders nieuwe verantwoordelijkheden aangaan in hun relatie met de verschillende partijen om binnen de nieuwe kaders innovatieve ouderenzorg te kunnen leveren.

In de dagelijkse praktijk proberen bestuurders hun weg te vinden in hun nieuwe rol (Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Noordegraaf & Meulen van der 2008; Putters 2009; Stoopendaal 2009). Zij kunnen niet terugvallen op bestaande bestuursmodellen omdat die niet aansluiten op de complexiteit van hun morele context (Scheer van der 2007; Stoopendaal 2009). Dit heeft geleid tot een toenemende behoefte aan empirisch onderzoek

om meer inzicht te krijgen in de realiteit van hun werk als bestuurders. Wetenschappelijke studies (Grit 2004; Noordegraaf & Abma 2003; Oborn, Barrett & Exworthy 2011; Scheer van der 2007; Stoopendaal 2009) laten zien hoe bestuurders omgaan met de opinies en idealen die door beleidsmakers aan hen zijn opgelegd (Oborn, Barrett & Exworthy 2011; Stoopendaal 2009) en hoe zij omgaan met hun veranderende rol en verantwoordelijkheden ten opzichte van andere stakeholders. (Grit 2004; Noordegraaf & Abma 2003; Oborn, Barrett & Exworthy 2011). Deze studies focussen tevens op de persoonlijke interpretaties van de bestuurders aangaande hun eigen verantwoordelijkheden in hun dagelijkse praktijk. De heroriëntatie op de eigen verantwoordelijkheden vergt van bestuurders een situationele en relationele positionering, participatie en deliberatie en brengt vragen naar voren als: wat zou ik moeten doen in deze situatie, gegeven deze omstandigheden en geconfronteerd met deze stakeholders (Abma 2007; Grit 2004; Maak & Pless 2006; Walker 1998). Om de consequenties van deze heroriëntatie voor bestuurders te exploreren hebben wij een kwalitatieve studie uitgevoerd onder bestuurders van zes Nederlandse zorginstellingen voor kwetsbare ouderen. De centrale vraag was: welke bestuurlijke taken zijn aan bestuurders toebedeeld als onderdeel van de huidige veranderingen in de ouderenzorg, en wat zijn daarbij hun percepties aangaande hun verantwoordelijkheden? We hanteren hiertoe een moreel-constructivistische benadering, waarbij wij gebruik maken van de theorie van de Amerikaanse filosoof Margret Walker (Walker 1998). Zij beschouwt verantwoordelijkheden als gegrond in relaties die zelf gebaseerd zijn op normatieve verwachtingen van onszelf en van anderen. Deze aanpak is in het bijzonder geschikt om situaties te bestuderen waarin normen veranderen en nieuw moreel begrijpen zich in de praktijk ontwikkelt, zoals binnen de context van de ouderenzorg.

2.2 Methode van onderzoek

Wij hebben een naturalistische case studie uitgevoerd omdat deze ons in staat stelt om - met een minimum aan interventie - het specifieke in de dagelijkse context en in al zijn complexiteit te begrijpen vanuit het perspectief van bestuurders. Tegelijkertijd verduidelijkt deze benadering de betekenissen die bestuurders geven aan hun situatie in relatie met anderen. Hierbij is de aandacht gericht op het bijzondere boven het generalistische, op de beleving boven het feitelijke en op het belang van de context (Abma & Stake submitted). Gekozen is voor een betekenisvolle steekproef van bestuurders die voldoende mogelijkheden voor intensieve studie geeft, zodat deze uitdaagt om erop te reflecteren en ervan te leren (Stake 2005). Om ruimte te geven aan diversiteit tussen de perspectieven van bestuurders ten aanzien van hun opgaven en hun verantwoordelijkheden, is gelet op verschillen in geslacht, bestuurservaring, leeftijd, type en omvang van de zorgorganisatie, alsook de geografische ligging. Blijkens systematische terugkeer en/of afwezigheid van onderwerpen trad na het bestuderen van de data over de zes bestuurders overeenstemming op in de

bevindingen. Een overzicht van de in dit onderzoek betrokken bestuurders is opgenomen in tabel 1. De gehanteerde namen zijn pseudoniemen.

BESTUURDER	MAN / VROUW	BESTUURDER SINDS	LEEFTIJD- CATEGORIE	OMVANG ORGANISATIE ¹		VERZORGINGS- GEBIED
				CLIËNTEN IN AANTAL	MEDEWERKS IN FTE'S	
A: Steen	m	>2 jaar	45 - 50 jaar	874 residentiële zorg 441 ondersteuning thuis	874	stad
B: Bakker	m	>20 jaar	60 - 65 jaar	150 residentiële zorg --	539	stad & ruraal
C: Jansen	m	>20 jaar	50 - 55 jaar	538 residentiële zorg 177 ondersteuning thuis	614	ruraal
D: Vos	m	>20 jaar	60 - 65 jaar	624 residentiële zorg 1818 ondersteuning thuis	1638	stad & ruraal
E: Boersma	v	>1 jaar	45 - 50 jaar	614 residentiële zorg 197 ondersteuning thuis	556	stad & ruraal
F: Kruijthof	m	>5 jaar	55 - 60 jaar	1320 residentiële zorg 643 ondersteuning thuis	1476	ruraal

Tabel 1: Overzicht van de in dit onderzoek betrokken bestuurders ¹ De omvang van de organisatie is gebaseerd op het jaarverslag van 2008

Met deze bestuurders zijn door de eerste auteur open interviews gehouden. Alle interviews duurden anderhalf à twee uur. De interviews hadden het karakter van een natuurlijke conversatie en kenmerkten zich door een open en natuurlijke stijl, een toepasselijke methode om het onderzoeksmateriaal op een natuurlijke wijze naar boven te laten komen (Reissman 1993). Om de bestuurder alle ruimte te geven om zijn of haar (hierna volgende telkens aangeduid met 'zijn' om de leesbaarheid te vergroten) perspectief in te brengen is het interview gestart met een open vraag: "Wat betekent het veranderende overheidsbeleid in de ouderenzorg voor u als bestuurder?". Om het interview gericht te houden op het onderwerp van onderzoek heeft de ondervraagster gebruik gemaakt van een topiclijst met de hoofditems: reflectie op de huidige veranderingen in de zorg; de actuele bestuurlijke context; persoonlijke punten van zorg; te nemen of ondernomen acties en betrokken stakeholders. Deze items zijn gebaseerd op literatuur over bestuurlijke verantwoordelijkheden in een context van veranderend overheidsbeleid (Grit 2004; Noordegraaf & Abma 2003; Oborn, Barrett & Exworthy 2011; Stoopendaal 2009). De bestuurders zijn verder in staat gesteld vrijelijk die onderwerpen naar voren te brengen die zij in de context van het veranderend overheidsbeleid in de ouderenzorg als urgent en belangrijk ervaren (Reissman 1993). De ondervraagster trachtte hierbij de beleavingswereld van de bestuurder te begrijpen vanuit zijn perspectief (Stake 2004). Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen is gevraagd naar praktijkvoorbeelden (Abma 2006; Stake 2004). De interviews zijn allemaal gehouden in 2008 en vonden plaats in het eigen kantoor van de bestuurder zodat hij zich comfortabel voelde om openhartig te spreken.

De opgenomen interviews zijn nadien uitgeschreven en geanalyseerd met gebruikmaking van een narratieve benadering. Naast de door de

bestuurder naar voren gebrachte inhoud is ook aandacht besteed aan de manier van spreken, het woordgebruik, de wijze van uitdrukken, het gebruik van metaforen en de opbouw en de kern van het verhaal. Deze taalkenmerken helpen normatieve verwachtingen ten aanzien van de door hen ervaren opgaven en verantwoordelijkheidsopvatting te herkennen en te begrijpen (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998; Stake 2005; Verkerk & Widdershoven 2005; Walker 1998). Tevens is gebruik gemaakt van een logboek waarin opgetekend is wat de ondervraagster opviel als opvallende gedragingen en lichaamstaal die illustratief zijn voor het persoonlijke perspectief van de bestuurder. Bij de voorbereiding van de interviews heeft de ondervraagster gebruik gemaakt van algemene, aanvullende openbare informatie zoals beschikbaar in jaarverslagen van de bij het onderzoek betrokken organisaties, beleidsnota's van nationale en gemeentelijke berichtgevingen in de media en op websites over de zorg in het algemeen alsook over de bij het onderzoek betrokken organisaties.

Om de gepercipieerde bestuurlijke opgaven van de bij de studie betrokken bestuurders te kunnen achterhalen is hun dagelijkse praktijk geanalyseerd. Daarbij zijn we nagegaan wat de bestuurders als hun verantwoordelijkheden beschouwen in relatie tot hun taken. Zoals al aangegeven, is gebruik gemaakt van de theorie van de Amerikaanse filosoof Margret Walker (Walker 1998). Zij beschouwt verantwoordelijkheden als gegrond in relaties, waarmee zij de focus niet legt op de juridische of functionele duiding van verantwoordelijkheden maar op datgene waar iemand zich in zijn dagelijks handelen werkelijk verantwoordelijk voor voelt en wat hij van anderen aan verantwoordelijkheden verwacht vanuit morele intuïties. Deze moreel-constructivistische benadering is passend bij situaties waarin verwachtingen over verantwoordelijkheden verschuiven en waarden en normen veranderen, zoals daarvan momenteel sprake is in de ouderenzorg. De bestuurder drukt zijn normatieve verwachtingen uit in zijn narratieven van identiteit, relaties en waarden. Hoe de bestuurder zichzelf en anderen begrijpt, en wat hij van zichzelf en anderen verwacht komt tot expressie in narratieven van identiteit. Narratieven van waarden vertellen ons welke fundamentele motiveringen het handelen van de bestuurder draagt, terwijl narratieven van relaties verduidelijken wie voor de bestuurder belangrijk zijn en hoe hij zich tot hen verhoudt (Walker 1998; 2002).

De analyse van de interviews is in eerste instantie gedaan door de eerste auteur en de tweede auteur, die op haar beurt te werk ging als een zogenoemde 'interrator'; zij hebben de interviews onafhankelijk van elkaar geanalyseerd en hun bevindingen onderling bediscussieerd om de betrouwbaarheid van de analyse te verhogen. In dialoog tussen de twee onderzoeksters en de drie andere medeauteurs zijn vervolgens de analyses nogmaals bediscussieerd totdat er een consensus bereikt was (Stake 2005; 2006). Vervolgens zijn de analyseverslagen voorgelegd aan de respondenten om de geloofwaardigheid te verhogen. Aan de respondenten werd gevraagd of zij zich herkenden in de analyse en interpretatie, de zogenaamde member-check procedure. Daar waar verheldering nodig

bleek te zijn, heeft met bestuurders een opvolgend interview plaatsgevonden (Meadows & Morse 2001). Dat was het geval bij drie bestuurders.

2.3 Resultaten

Wij presenteren in deze paragraaf de resultaten. De eerste subparagraaf geeft aan welke bestuurlijke opgaven de bestuurders ervaren. De tweede subparagraaf presenteert, afzonderlijk voor elke bestuurder, de voor hen geldende actuele opgaven waarmee zij in hun lokale context aan de slag zijn. De derde subparagraaf beschrijft voor elke bestuurder de bij hun lokale opgave behorende verantwoordelijkheidsopvatting.

Bestuurlijke opgaven

Voor de bestuurders eist de vraag hoe om te gaan met de actuele veranderingen in de ouderenzorg hun volle aandacht. Het houdt hen in hun bestuurspraktijk dagelijks bezig en zij doen hierover graag hun verhaal. Het dreigend tekort aan personeel, het mondiger worden van cliënten en hun familie, de veranderingen in financieringsstromen alsook de komst van strikte protocollering van zorg, zijn een greep uit ontwikkelingen die de bestuurders aanhalen en waarmee zij de toegenomen complexiteit in hun dagelijkse bestuurswerkelijkheid schetsen. Met *“het is een heel palet van verschuivende actoren waarvan je afhankelijk bent”* verwoordt bestuurster Boersema deze constante verandering. Dit is niet alleen problematisch voor alle bestuurders maar ook voor de cliëntenraden (die medebeslisser zijn geworden), woningbouworganisaties (als nieuwe stakeholders waarmee ontwikkeld en gebouwd mag worden) en de gemeente (als nieuwe financierende partij). De bestuurders bevestigen dat de traditionele arrangementen in de ouderenzorg niet langer houdbaar zijn en dat er wat moet veranderen wil de zorg voor ouderen ook in de toekomst toegankelijk, aantrekkelijk en betaalbaar blijven.

“Wij zien ook wel dat de gangbare manier van zorg verlenen het uiteindelijk niet gaat worden. Dat wordt onbetaalbaar. Dus wij moeten als zorgpartij op zoek naar alternatieven.” (bestuurder Steen).

Binnen de dynamiek van deze veranderende context worden de bestuurders uitgedaagd om hun intramurale instellingen op de toekomst voor te bereiden. Zij realiseren zich dat hun organisaties lang te introvert geopereerd hebben en bijgedragen hebben aan het sociale isolement van oudere mensen. Ook zijn hun faciliteiten niet langer geschikt om tegemoet te komen aan de behoeften en wensen van kwetsbare en of hulpbehoevende ouderen.

Hoe de huidige intramurale voorzieningen getransformeerd moeten worden naar in de toekomst passende zorgvormen, is een gemeenschappelijk punt van zorg. Of grote instellingen de enige manier zijn om de kosten beheersbaar te houden, of dat oplossingen eerder gezocht moeten worden in kleinschalige of zeer gespecialiseerde woon-zorgconcepten, zijn actuele

kwesties. Het niet kunnen overzien van de consequenties van hun beslissingen op langere termijn compliceert besluitvorming hierover.

“Waar gaan we ons op focussen? Zal die klassieke wijze van verzorgen er over tien of twintig jaar nog hetzelfde uitzien? (...) Hoe gaan verpleeghuizen er in de toekomst uitzien? Wat is het effect van het zo lang mogelijk thuis houden van ouderen? Moeten we ons nader gaan specialiseren in de verpleeghuiszorg?”
(bestuurder Jansen)

De bestuurders zijn het erover eens dat zeker de toekomstige generatie ouderen langer zelfstandig wil blijven wonen, maar als het echt nodig is liever zorg thuis ontvangt dan opgenomen wordt in een intramurale voorziening.

Actuele opgaven in lokale context

In de eigen actualiteit zien de bestuurders voor zichzelf een verantwoordelijkheid vanuit hun bestuurlijke rol om intramurale zorgactiviteiten voor de toekomst geschikt te maken. Tabel 2 presenteert de lokale bestuursopgaven, zoals door de bestuurders afzonderlijk ervaren. Wij presenteren afzonderlijk de casus van elke bestuurder.

ADMINISTRATOR	LOKALE BESTUURSOPGAVE
A: Steen	Realisatie specifieke zorg voor dementerende ouderen en deconcentratie van de huidige intramurale capaciteit over nieuwe locaties in wijken in de stad.
B: Bakker	Realisatie van een nieuw woonzorgcentrum in een nieuw te bouwen wijkcentrum.
C: Jansen	Realisatie van een gespecialiseerd verpleeghuis voor een specifieke groep patiënten.
D: Vos	Realisatie van 24-uurszorg voor thuiswonende ouderen in afgelegen gebieden.
E: Boersma	Voorkoming van verdere aanbidding van welzijnsdiensten onder de kostprijs.
F: Kruithof	Voorkoming van verdere financiële verliezen op de levering van huishoudelijke ondersteuning.

Tabel 2: Overzicht van de door de bestuurders afzonderlijk ervaren lokale opgaven

Steen

Steen is bestuurder van een verpleeghuis- en verzorgingshuisinstelling bestaande uit een aantal locaties in een stedelijk zorggebied. Zijn organisatie heeft zich gespecialiseerd in intramurale zorg. Zijn lokale hoofdopgave is het deconcentreren van zijn grote centrale intramurale voorziening over wijken in zijn zorggebied.

Bestuurder Steen ziet vernieuwen als een middel om de zorg goed en betaalbaar te houden. Hij wil specifiek vernieuwingen realiseren rond de zorg voor dementerende ouderen. Hij voelt zich verantwoordelijk om voor die groep cliënten iets te betekenen: “Zij zijn vaak ongewenst aangewezen op dit type [intramurale] voorzieningen”. Hij hecht waarde aan een proactieve, ondernemende

houding en verwacht dit ook van zijn zorgprofessionals. Naar zijn mening hebben zorgprofessionals vaak te veel een afwachterende houding; Steen voelt zich daardoor verantwoordelijk om het initiatief te blijven nemen. Zo startte hij een geheugenpoli om de specifieke kennis van zijn organisatie op het gebied van dementie (en zorg voor dementie) meer “buiten zijn intramurale muren” beschikbaar te stellen. Hij vraagt hierbij van zijn zorgprofessionals om proactiever contact te hebben met huisartsen in de wijk. Maar hij ziet hen daarmee worstelen: *“Die professionals, die hier al veertig jaar tussen die vier muren werken, die moet je wel prikkelen om naar buiten te gaan.”*

Steen heeft ook actie ondernomen om zijn grootschalige intramurale voorziening aan te passen aan de wensen van deze tijd. Hij heeft stappen ondernomen om kleinschaliger zorgvoorzieningen te realiseren, verspreid over wijken in de stad in aansluiting met de lokale zorgbehoeften van de wijkbewoners. Bij het bepalen in welke wijk hij zorg gaat leveren, schuwt hij concurrentie met andere zorginstellingen niet. Steen ziet zelfs kansen om zorg aan te bieden in een wijk waar al een andere zorgaanbieder zit. Hij neemt hierin een strijdlustige houding aan: *“Als ik vind dat hij [de concurrent] de wijk niet goed bedient, en het is een interessante wijk voor mij, wie houdt mij dan tegen?”*. Dat dit met de gemeente, die juist spreiding van zorg over alle wijken in de stad nastreeft, leidt tot tegengestelde belangen, houdt hem niet tegen. Hij start een onderzoek naar de specifieke zorgbehoeften in de betreffende wijk en gaat - op zoek naar een win-win situatie - een gesprek aan met de betreffende wethouder en de beleidsambtenaar van de gemeente. De bureaucratische houding die de ambtenaar aanneemt, belemmert in de ogen van Steen het aangaan van een door hem gewenste zakelijke relatie:

“Je ziet dat het denken is met een passer en een liniaal. En dat is een beetje strijdig met de werkelijkheid hoe zo’n wijk eruit ziet...(…).. Je merkt dat het inschatten van de werkelijke zorgbehoefte in een wijk lastig is voor ambtenaren. Want dat betekent dat de ene wijk er planmatig anders uit gaat zien dan een andere wijk.”

Dit houdt Steen echter niet tegen om door te gaan met verdere planvorming.

Bakker

Bestuurder Bakker geeft leiding aan een intramurale voorziening in een stad die gelegen is in een rurale omgeving. Hij ziet het als zijn lokale opgave om een nieuw woonzorgcentrum te realiseren in een door de gemeente nieuw te bouwen wijkcentrum, gecombineerd met andere faciliteiten als een apotheek, een fysiotherapiecentrum en een bibliotheek.

Bestuurder Bakker betwijfelt of de door de overheid ingezette veranderingen wel het antwoord zijn op de problemen in de zorg. Hoewel hij onderschrijft dat er iets moet gebeuren om ook in de toekomst nog zorg te kunnen leveren aan mensen die dat nodig hebben, is hij niet echt veranderingsgezind; *“Maar we zullen wel mee moeten”*. Hij typeert de

vernieuwingen in de zorg voor ouderen als gekleurd vanuit kort cyclisch denken door beleidsmakers, waarmee voorbij gegaan wordt aan ervaringen uit de zorgsector zelf: *“Het is verstandiger om terug te kijken op geschiedenis van dertig jaar, en er dan lering uit trekken”*. In zijn beeld is het zelf laten sparen van jongeren voor de zorg die zij op latere leeftijd nodig zouden kunnen hebben, de enige manier om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden. Zijn slagkracht als bestuurder om invloed uit te kunnen oefenen op de veranderingen schat hij niet hoog in, mede door de in zijn ogen vele hinderlijke voorschriften en regels: *“Wij [bestuurders] proberen vernieuwing na te streven, maar het enige waardoor wij gehinderd worden, is dat we nog steeds behandeld worden als een kind.”*

Nu ouderen de mogelijkheid gekregen hebben zelf de organisatie te kiezen waarin zij verzorgd willen worden, ontwikkelt Bakker plannen voor de realisatie van een nieuw woonzorgcentrum: *“We hebben geen keus, anders raken wij cliënten kwijt.”* Hij wil zijn woonzorgcentrum realiseren op een nieuw te bouwen locatie in zijn gemeente, waar voor ouderen ook andere voorzieningen ontwikkeld kunnen worden. Eenzaamheid onder ouderen is een belangrijk item voor Bakker en hij voelt zich verantwoordelijk in dat opzicht iets te betekenen voor hen. In lijn hiermee wil hij een nieuw woonzorgcentrum realiseren op een plek waar meer dynamiek en faciliteiten zijn, zodat - zoals hij dat verwoordt - *“mensen zo’n centrum herkennen als een plek waar je heen gaat om elkaar te ontmoeten”*. De planologen van de gemeente ondersteunen de bouw van een woonzorgcentrum gecombineerd met andere faciliteiten in een nieuw te bouwen wijkcentrum echter niet met de vereiste vergunningen. Bakker ziet dit als een bevestiging van de geringe invloed die hij als bestuurder heeft. Hij gaat het gesprek met de planologen over het verschil in zienswijzen niet aan, omdat hij geen mogelijkheid ziet om de overheid te overtuigen van zijn plan: *“Dan komen zij met allerlei planologische redenen waarom dat [het woonzorgcentrum] in een apart gebouw moet.”* Bakker onderneemt verder geen stappen.

Jansen

Jansen is bestuurder van een zorgorganisatie die zich toelegt op de huisvesting, de zorg en de begeleiding van mensen die niet meer thuis kunnen wonen. Zijn organisatie is werkzaam in een aantal regio's en kent een tiental locaties waaronder verschillende verzorgingshuizen, verpleeghuizen en een zorgboerderij. Hij ziet de realisatie van een expertise centrum voor Huntington-patiënten als zijn lokale opgave.

Bestuurder Jansen beschouwt het als zijn opgave iets te betekenen voor uiterst kwetsbare patiënten: *“zodat zij [de kwetsbare cliënten] als zij niet meer in staat zijn om regisseur te zijn over hun leven en overgeleverd worden aan wat nu nog verpleeghuizen heet, dan nog in staat zijn positieve keuzes te maken.”* Hulpvaardig zijn en zorgen voor diegenen die niet meer de regie over hun eigen leven hebben, zijn voor hem belangrijke waarden. Hij ziet verpleeghuizen nieuwe stijl met gespecialiseerde expertise voor complexe zorg als innovatief antwoord op de benodigde specifieke zorg voor fors kwetsbare en hulpbehoevende

multimorbide ouderen. Hij realiseert een gespecialiseerde zorginstelling; een expertise centrum voor de zeer kwetsbare groep patiënten met de ziekte van Huntington. Jansen is ondernemend en durft risico's te nemen. In zijn lokale context gaat Jansen actief op zoek naar partijen die hem zijn expertise centrum kunnen helpen realiseren. Hij gaat een zakelijke werkrelatie aan met de directeur van een woningbouworganisatie en hij maakt afspraken over de bouw van het expertisecentrum. Problemen treden op als blijkt dat de noodzakelijke zorg voor deze categorie patiënten niet strookt met de indicering en tarifiering door het uitvoerende overheidsorgaan, het zorgkantoor. Jansen vindt het moeilijk te accepteren dat hiermee de zorg die hij voor deze groep patiënten voor ogen heeft onder druk komt te staan. Hij onderneemt stappen en weet aan de hand van een onderzoek waarmee hij de noodzakelijke zorg onderbouwt, het zorgkantoor te overtuigen en de indicering en tarifiering aan te laten passen. Zijn expertisecentrum combineert zelfstandig wonen met specifieke zorg en krijgt een bovenregionale functie. Jansen is trots op dit zorgcomplex waarmee hij zich in de zorgmarkt onderscheidt: *"Mensen kunnen er mensen blijven."*

Vos

Vos is bestuurder van een organisatie die ondersteuning biedt op een breed gebied van zorg, wonen en welzijn voor jong en oud, waaronder ook kinderopvang. Zijn organisatie is actief in een wijdverbreid verzorgingsgebied dat zich kenmerkt door klanten in middelgrote steden en op het platteland. Hij ziet het als zijn lokale opgave om zorg in de rurale gebieden te organiseren.

Bestuurder Vos laat zich zien als een bestuurder die beslissingen neemt en zijn organisatie voortvarend leidt vanuit een heldere koers. Hij is energiek en heeft het liefst het heft in eigen hand; *"Ik houd er niet van om afhankelijk te zijn van een andere organisatie."* Bestuurder Vos ziet dit autonoom functioneren van zijn organisatie als de manier om zijn zorgorganisatie door de veranderingen te leiden die momenteel plaatsvinden. Om dit te effectueren heeft hij fusies bewerkstelligd waardoor zijn organisatie een groot assortiment aan zorg- en welzijnsproducten kan leveren. Autonomie en zelf regie nemen zijn centrale waarden voor Vos, zowel in zijn eigen handelen alsook in wat hij verwacht van zijn zorgprofessionals en wat hij wenst voor zijn cliënten. In het samenstellen van zijn totaalpakket aan zorg- en welzijnsdiensten streeft hij er dan ook naar om zijn cliënten optimaal te ondersteunen bij het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen met eigen regie over hun leven. Op weg naar zoveel mogelijk autonomie voor zijn eigen organisatie stuit Vos op een geografisch probleem. Zijn organisatie bestrijkt een groot ruraal gebied. Om 24-uurszorg te kunnen regelen voor mensen die afgelegen wonen, is hij afhankelijk van andere zorgorganisaties. Het zorggebied is namelijk zo omvangrijk dat zijn organisatie vanwege de lange reisafstanden de 24-uurs zorg kostprijs-technisch niet zelfstandig kan leveren. Zijn streven naar een oplossing wordt belemmerd als hij merkt dat in het kader van de marktwerking samenwerking met zorgorganisaties in aangrenzende gebieden door de zorgautoriteiten niet is toegestaan. Vos

ervaart dit als een onterechte beperking van het autonoom handelen van zijn organisatie en van zijn eigen ondernemerschap;

“...dus de vermaatschappelijking van de zorg [het langer in de thuisomgeving laten functioneren van ouderen] wordt bemoeilijkt. En je moet met die activiteit op een productiviteit zitten van 98%, anders haal je de tarieven niet. Het is een ellende. Hoe willen we ooit goede zorg leveren.”

Toch besluit Vos huishoudelijke ondersteuning in rurale gebieden te blijven leveren. Hij lost het uiteindelijk op door deze ondersteuning zelf aan te besteden bij een gespecialiseerde thuiszorgorganisatie.

Boersma

Boersma is bestuurster van een verpleeghuis in een kleine plaats. Zij is aangetreden op het moment dat haar organisatie fuseerde met een zorgorganisatie die zorg in verschillende wooncentra levert en een zorghotel en hospice beheert. Samen met haar collega-bestuurder geeft zij vorm aan het fusieproces. Haar bestuurlijke opgave is haar verlies lijdende verpleeghuis weer financieel gezond maken.

Boersma focust op de efficiency en doelmatigheid van haar organisatie: *“Dat je je verantwoordt over hoe je je tijd besteedt en dat je efficiënt werkt, dat heb ik altijd allemaal prima gevonden.”* Zij hecht waarde aan het naleven van de zorgprotocollen, het bewaken van een juiste afdracht van verantwoordelijkheden en het beheersen van de financiën. Zij typeert mensen met een zorgachtergrond als ‘dominant’ en als diegenen die menen te weten wat goed is voor de cliënt. Iets wat in haar ogen veranderingen in de weg kan staan. *“De zorgprofessionals hebben toch wel moeite met zoeken naar nieuwe ontwikkelingen, de één wat meer dan de ander...(...). Ze staan nog stevig in de modder van hun historie, tenminste zoals ik dat ervaar.”* Boersma streeft naar balans tussen samenwerking en concurrentie zodat *“je scherp blijft en je voelt te moeten presteren.”* Zij staat een beter evenwicht voor tussen collectief betaalde basiszorg en extra’s aan zorg- of welzijnsdiensten die door de cliënt zelf worden gefinancierd. Zij heeft gesignaleerd dat in haar intramurale voorziening een aantal welzijnsdiensten aangeboden worden voor tarieven ver onder de kostprijs. Vanuit een zakelijk perspectief zet zij hier vraagtekens bij en neemt zij stappen om onder meer de kapper, de pedicure en de extra koffie voor bezoekers door cliënten zelf te laten betalen; *“Ik vind ook persoonlijk dat we dat geld dat we maatschappelijk krijgen ook echt moeten inzetten voor datgene waarvoor het bedoeld is.”* Boersma is in onderhandeling met partijen om de extra welzijnsdiensten uit te besteden. Haar insteek is zakelijk: *“Kijk, we hoeven er niet op te verdienen, maar we mogen er ook niet op verliezen.”*

Kruithof

Kruithof is bestuurder van een zorgorganisatie met een groot zorggebied dat een compleet dienstenpakket op het gebied van huishoudelijke ondersteuning, (begeleid) wonen, verzorging & verpleging en aanvullende dienstverlening

levert. Zijn organisatie kampt met verliezen op de exploitatie door levering van financieel onrendabele huishoudelijke ondersteuning. Bestuurder Kruithof beschouwt het als zijn actueel lokale bestuursopgave om verdere financiële verliezen te voorkomen.

Bestuurder Kruithof laat zich zien als een strijdvaardige bestuurder die waarde hecht aan eerlijk en open zaken doen. Hij heeft het initiatief genomen om gebruik te maken van de mogelijkheid om zijn intramurale zorgproducten uit te breiden met ondersteuning aan ouderen thuis. Met een volledig scala van lichte ondersteuning aan thuiswonende ouderen tot zware zorg in zijn verpleeghuizen, beoogde Kruithof een stevige positie in de zorgmarkt te krijgen, en hij was bereid hierin te investeren. Als financier van huishoudelijke ondersteuning bij ouderen thuis is de gemeente een nieuwe stakeholder voor hem. Om in aanmerking te komen voor levering van huishoudelijke ondersteuning, doet bestuurder Kruithof de gemeente een concurrerende aanbidding. Dat doet hij in overleg met zijn interne stakeholders: *“We hebben toen gezegd, heel open, met het personeel, de ondernemingsraad en met de cliëntenraad en Raad van Toezicht: ‘Jongens, wat gaan we doen? Moeten we meedoen of niet? Want het gaat een dubbeltje op zijn kant zijn’.”* Kruithof krijgt het contract toegewezen en mag met zijn organisatie ondersteuning aan thuiswonende ouderen gaan leveren. Het verrast hem dat de gemeente gaandeweg overgaat naar steeds lichtere vormen van huishoudelijke ondersteuning en de tarieven daarop aanpast. Omdat zijn zorgprofessionals te hoog gekwalificeerd zijn voor dit werk, brengt dit zijn organisatie in financiële problemen. De banen van zijn zorgprofessionals die in de ondersteuning aan thuiswonende ouderen werkzaam zijn, komen onder druk te staan.

Kruithof vindt dat het feit dat de gemeente deze verandering naar lichtere ondersteuning tussentijds heeft doorgevoerd, niet strookt met de waarde die hij hecht aan open en transparant zaken doen: *“Wij wilden er zijn voor de cliënt van de lichtste vorm van ondersteuning tot de zwaarste verpleeghuiszorg...(...) en we dachten dat dat [huishoudelijke ondersteuning] de toekomst was en dat de overheid dat ook wilde.”* Kruithof voelt zich verplicht aan zijn cliënten, die hij als afhankelijk van hem typeert, om zijn afspraken na te komen en hij wil niet stoppen met het leveren van de huishoudelijke zorg: *“We blijven knokken, omdat we gewoon geen andere keuze hebben. Want wie moet het dan doen? Ja, we zitten met een paar duizend klanten die van ons afhankelijk zijn.”* Daarbij vecht hij voor de banen van zijn zorgprofessionals: *“We knokken ervoor om ze allemaal in dienst te houden. (...)Want dat waren wel de vrouwen die ervoor zorgden dat onze organisatie de beste van Nederland was.”* Er zijn voor zijn cliënten én voor zijn medewerkers is voor Kruithof belangrijk en hieraan niet kunnen voldoen is zijn eer te na: *“Ja, vanuit eergevoel. Dat wij onze klanten niet in de kou willen laten staan, en omdat wij onze medewerkers niet in de kou willen laten staan.”* Hij is hierin vasthoudend. Niet komen tot een oplossing is voor hem geen optie: *“Dan voel ik mij beschaamd als bestuurder, dan faal ik.”* Om een dreigend faillissement te voorkomen, stelt hij aan zijn medewerkers en de ondernemingsraad voor om op de salarissen te korten.

Het is voor hem een noodgreep: “Ze hebben al geen salaris dat fatsoenlijk is, dat vind ik vreselijk.” Zijn plannen worden door de vakbond en de ondernemingsraad afgekeurd. Hij initieert overleg maar het lukt hem niet om hun belang -het handhaven van de hoogte van de salarissen -, te verenigen met zijn belang: het behoud van werkgelegenheid. Het overleg loopt vast en Kruithof komt in een impasse. Hij ziet geen mogelijkheden meer om in overleg met de vakbond en ondernemingsraad te komen tot oplossingen. Hij voelt zich uiteindelijk toch genoodzaakt om te stoppen met ondersteuning aan thuiswonende ouderen en laat dit over aan een gespecialiseerde thuiszorgorganisatie. Deze organisatie neemt het over, inclusief de contracten van de betrokken medewerkers.

Perceptie van verantwoordelijkheden

In deze subparagraaf presenteren wij aan de hand van ieders lokale opgave de normatieve verwachtingen van de bestuurders ten aanzien van hun verantwoordelijkheidsopvatting door de beschrijving van hoe zij zichzelf presenteren (narratief van identiteit), waaraan zij waarde hechten (narratief van waarden) en hoe zij zich ten opzichte van de voor hen relevante stakeholders verhouden (narratief van relatie)

Bestuurder Steen laat zich typeren als een actie-gedreven bestuurder met een heldere visie. Vernieuwen is voor hem het antwoord op het in de toekomst goed en betaalbaar houden van de zorg. Hij hecht specifiek veel waarde aan zorgzaamheid voor hen die in hun zorg volledig afhankelijk zijn van anderen, zoals dementerende ouderen. Hij voelt zich verantwoordelijk om de zorg dichterbij hen en hun behoeften te organiseren. Dit realiseert hij door spreiding van zorg over wijken in de stad en door expertise met betrekking tot de zorg voor ouderen te brengen tot in de praktijkkamers van huisartsen. Hij is extern gericht en gaat actief relaties aan zoals met de gemeente of de huisartsen om vroegtijdige signalering van dementie te stimuleren. Hij toont gedrevenheid, ook als dit vechten met de concurrent betekent.

Bestuurder Bakker presenteert zich als een bestuurder met een behoudende identiteit die verandering niet per definitie als verbetering ziet. Hij is bezorgd dat de intrinsiek aan de zorg verbonden waarden, zoals het bestrijden van eenzaamheid, door de veranderingen verloren gaan. Vanuit zijn verantwoordelijkheid, zoals hij dit ervaart, om iets te betekenen in die bestrijding van eenzaamheid en onder druk van de marktwerking, ziet hij het als zijn opgave om een woonzorgcentrum te ontwikkelen in een nieuw te bouwen wijkcentrum waar tevens andere activiteiten voor ouderen zijn gehuisvest. Bestuurder Bakker gaat het contact aan met de planologen van de gemeente die hem echter niet de benodigde vergunningen verstrekken. Zijn behoudende identiteit en gebrek aan vertrouwen in de gemeente maken dat hij afziet van verdere stappen.

Bestuurder Jansens identiteit is te typeren als een sociaal geëngageerde ondernemer. Hulpvaardig en solidair zijn met de ouderen zijn voor hem centrale waarden. Bestuurder Jansen ziet gespecialiseerde expertisecentra als

antwoord op de complexe zorg voor ouderen en hij voelt zich verantwoordelijk voor de realisatie van een expertisecentrum voor patiënten met de ziekte van Huntington. Hij toont initiatief en vasthoudend leiderschap. Hij gaat actief een zakelijke relatie aan met de directeur van een woningbouworganisatie. Als een niet passende vergoeding voor zijn cliënten dreigt, laat bestuurder zich tevens zien als effectieve netwerker en weet hij de zorgfinancier te overtuigen van het bieden van een hogere vergoeding.

De identiteit van bestuurder Vos laat zich kenmerken als een doortastende bestuurder die waarde hecht aan zelfstandigheid en autonomie. Met zijn op fusie gerichte handelen heeft hij een onafhankelijke en zelfstandige organisatie gerealiseerd. Onafhankelijkheid van anderen vindt hij ook voor zijn cliënten belangrijk, evenals een zelfstandige werkhouding van zijn medewerkers. Zelfredzaamheid met regie over het eigen leven maakt dan ook onderdeel uit van zijn visie op de toekomst van de ouderenzorg, en hij voelt zich verantwoordelijk om als bestuurder hieraan bij te dragen. Hij concretiseert dit door zijn organisatie een breed palet aan zorgproducten te laten aanbieden om mensen te ondersteunen bij het zo lang mogelijk zelfstandig wonen. In lijn hiermee wil hij 24-uurs zorg kunnen garanderen. Overgeleverd aan het oordeel van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), die bepaalt dat hij deze zorg niet in samenwerking met een andere zorgorganisatie mag leveren, besteedt bestuurder Vos deze zorg aan bij een gespecialiseerde thuiszorgorganisatie.

Bestuurster Boersema kenmerkt zich als een pragmatische manager die waarde hecht aan efficiëntie en doelmatigheid van haar organisatie. Zij ziet haar bestuurlijke opgave liggen in het financieel op orde krijgen en houden van haar interne organisatie. Verantwoordelijk zijn voor en je verantwoorden over je eigen presteren is voor haar een belangrijke waarde. In lijn daarmee verwacht zij van haar medewerkers dat zij zich over hun presteren en dat van de organisatie kunnen verantwoorden. Evenzo maakt het feit dat de cliënt zelf financieel verantwoordelijk is voor extra welzijnsdiensten, onderdeel uit van haar visie hoe de zorg op termijn betaalbaar gehouden kan worden. Zij operationaliseert dit door geen welzijnsdiensten meer onder de kostprijs aan te bieden.

Kruithofs identiteit laat zich beschrijven als die van een gepassioneerde bestuurder die een transparante manier van zaken doen voorstaat. Staan voor hen die van hem afhankelijk zijn, is voor bestuurder Kruithof een belangrijke waarde. Hij ziet het als zijn opgave om de zorg bij zijn cliënten thuis maar evenzeer de werkgelegenheid van zijn medewerkers te behouden, tegen de verdrukking van verminderde financiële vergoedingen in. Hij is vasthoudend en gaat confrontaties niet uit de weg in het nemen van zijn verantwoordelijkheid voor het behoud van de werkgelegenheid van zijn medewerkers door inzet van salarisvermindering. Het conflict hierover tussen hem en de vakbond weet bestuurder Kruithof niet te beslechten, wat hem doet besluiten te stoppen met de huishoudelijke ondersteuning.

2.4 Discussie

De door ons gekozen empirische wijze van onderzoeken, een naturalistische case studie, heeft ons de mogelijkheid gegeven de perspectieven van de zes bestuurders van verzorgings- en verpleeghuizen intrinsiek te bestuderen en een verdiept inzicht te krijgen in wat er werkelijk bij de bestuurders speelt. De vragen die wij ons in deze studie hebben gesteld gaan over welke opgaven bestuurders ervaren in het kader van de veranderingen in de ouderenzorg en wat hierbij hun verantwoordelijkheidsopvatting is. Daarbij waren eerder het specifieke dan het generale en eerder het persoonlijk normatieve dan de feiten aandachtspunten van ons onderzoek (Abma & Stake submitted). De waarde van de bevindingen ligt niet in het representatieve vermogen, maar in hun lerend vermogen, de betekenis en de details van de casussen (Stake 2005). De specifieke kenmerken van de casussen hebben ons in staat gesteld om de achterliggende complexiteit te ontrafelen van de nieuwe toedelingen van verantwoordelijkheden, en daarbij het perspectief van de bestuurders te begrijpen, alsook om die punten te vinden waar de spanningen het grootst zijn waardoor onderzoek relevant (Brandsen, Donk van de & Putters 2005). De bevindingen van onze studie zijn niet bedoeld voor generalistische conclusies maar worden door ons aangereikt op basis van hun waarde als discussiemateriaal (Guba & Lincoln 1989; Stake 2005).

Bestuurders zien het aanpassen van de intramurale zorg en het vormgeven van de extramuralisering van de zorg, terwijl tegelijkertijd de kosten worden gereduceerd, als hun hoofdogave. Onze bevindingen onderschrijven wat anderen ook vaststelden, namelijk dat zij de context waarin zij deze opgaven vorm moeten geven als complex en diffuus ervaren (Noordegraaf & Abma, 2003, Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Scheer van der 2007; Stoopendaal 2009). In hun actuele bestuurlijke context ervaren bestuurders lokale opgaven en hebben zij eigen opvattingen over hun verantwoordelijkheden. De moraal-constructivistische benadering werpt licht op de fundamentele motiveringen die ten grondslag liggen aan hun verantwoordelijkheidsopvatting.

De narratieven van de bestuurders laten zien dat zij op basis van hun identiteiten en persoonlijke waarden verschillende normatieve verwachtingen ten opzichte van elkaar hebben over wat hun precies in hun lokale context te doen staat, en voor wie zij verantwoordelijk zijn. De identiteiten variëren van extern gericht, veranderingsgezinnd en ondernemend (bestuurder Steen, Jansen, Vos en Kruithof), tot meer behoudend, interngericht, en met een blik op urgente financiële problematiek (bestuurder Bakker, Boersma). Kenmerkend voor bestuurders Steen, Jansen en Vos is leiderschap op basis van een heldere toekomstvisie waarbij zij het nemen van initiatieven en risico's niet schuwen. Bestuurster Boersma kenmerkt zich meer als manager gericht op efficiëntie en effectiviteit van haar organisatie, wat ook gedeeltelijk terug te zien is bij bestuurder Jansen, Vos en Kruithof wanneer zij geconfronteerd worden met financieel onrendabele zorg. Centrale waarden die bij de bestuurders spelen zijn intrinsiek aan de zorg verbonden, zoals zorg dragen voor hen die van ons

afhankelijk zijn (bestuurder Steen), de bestrijding van eenzaamheid (Bakker), hulpvaardigheid en solidariteit (Jansen) en het voorkomen van het exploiteren van werknemers (Kruithof). Commerciële en economische waarden als kosteneffectiviteit zijn ook relevant voor de bestuurders zoals de narratieven van bestuurder Jansen, Vos, Boersma en Kruithof laten zien.

Geground in de eigen identiteit en persoonlijke waarden hebben bestuurders hun eigen opvatting over wat hun te doen staat. Zo voelt Bestuurder Steen zich verantwoordelijk om als ondernemend bestuurder de zorg voor dementerende ouderen dichterbij hen en hun behoeftes te organiseren door het aanbieden van expertise tot in de huisartsenpraktijken aan toe. Bestuurder Bakker ziet zijn verantwoordelijkheid liggen in het realiseren van een levendig woonzorgcentrum ter bestrijding van de eenzaamheid van ouderen. De bouw van een expertisecentrum van bestuurder Jansen komt voort uit zijn solidariteit met de kwetsbare mens en zijn verantwoordelijk om als een actieve bestuurder die risico niet schuwt daar een nieuw expertisecentrum voor te realiseren. Bestuurder Vos voelt zich als autonoom en zakelijk opererend bestuurder verantwoordelijk voor een kosteneffectieve 24-uurs zorg, gebaseerd op zijn visie dat mensen zo lang mogelijk de eigen regie over hun eigen leven moeten kunnen houden. Het door cliënten zelf laten betalen van welzijnsdiensten is de lokale opgave voor bestuurster Boersema op basis van haar ervaren verantwoordelijkheid om haar organisatie effectief te managen. En bestuurder Kruithof voelt zich verantwoordelijk om te vechten voor behoud van de werkgelegenheid van zijn medewerkers omdat hij het van waarde vindt om er te staan voor hen die van hem afhankelijk zijn. Deze bevindingen verdiepen het bestaande inzicht uit de literatuur dat zorgbestuurders varen op hun eigen kompas (Freeman & Auster 2011; Maak & Pless 2006; Pless 2007; Scheer van der 2007). Onze studie heeft laten zien dat percepties van verantwoordelijkheden van bestuurders geground zijn in hun identiteit en hun waarden en dat deze fundamenteel van elkaar kunnen verschillen.

Spanningen treden op als normatieve verwachtingen conflicteren (Walker 1998). De narratieven van de bestuurders geven blijk van dergelijke spanningen op het moment dat intrinsiek aan de zorg verbonden waarden in conflict raken met zakelijke waarden. Wij zien dit optreden bij bestuurder Jansen als zijn onderneming om een expertisecentrum te bouwen en te exploiteren, dreigt te stranden door een te lage indicering van de zorg van zijn patiënten. Er is spanning tussen zijn gevoel van verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor kwetsbare ouderen en zijn verwachtingen van zichzelf om zijn organisatie kosteneffectief te houden. Een dergelijke spanning zien wij ook terug bij bestuurder Vos, als hij de waarde die hij hecht aan autonomie niet verenigd krijgt met de kostendekkendheid van zijn 24-uurszorg, alsook bij bestuurder Kruithof als zijn waarde om te staan voor de werkgelegenheid van zijn medewerkers op gespannen voet komt te staan met de zakelijke waarde van de financiële haalbaarheid van de huishoudelijke ondersteuning. De normatieve verwachtingen die de bestuurders van zichzelf hebben als zakelijk manager

conflicteren met de verwachtingen die zij hebben om actief bij te dragen aan het behoud van intrinsiek aan de zorg verbonden waarden (aandacht, vertrouwen en welzijn).

Ook treden spanningen op als waarden die verbonden zijn aan de bureaucratische systeemvereisten, en gekenmerkt worden door vaste regels en verantwoordingsstructuren, botsen met de waarden die de bestuurders fundamenteel motiveren en drijven in hun ondernemerschap. Wij zien dit bijvoorbeeld gebeuren in het geval van bestuurder Steen en bestuurder Bakker op het moment dat de gemeenten bij het verstrekken van vergunningen geen ruimte geven aan de plannen voor de spreiding van een intramurale voorziening, noch voor de bouw van het nieuwe woonzorgcentrum. Gelijksortig zijn de spanningen die optreden als bestuurder Vos zijn 24-uurszorg niet gerealiseerd krijgt door toedoen van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) in het kader van regels rond de marktwerking. De fundamenteel leidende waarden van de bestuurders staan hier op gespannen voet met de bureaucratische vereisten op basis van waarden die eerder verbonden zijn aan beheersing en controle. Dat wat van de bestuurders verlangd wordt door het veranderde zorgsysteem, wordt als paradoxaal beschouwd: enerzijds wordt van hen actief en vernieuwend ondernemerschap verlangd en anderzijds het strikt volgen van regels en voorschriften: dit wordt echter door bestuurders ervaren als contraproductief voor hun handelen. Dit inzicht ondersteunt wat beschreven wordt in de literatuur, namelijk dat er een paradoxale spanning schuilt in het feit dat de overheid ondernemerschap vereist maar tegelijkertijd stuurt en controleert (Brandsen, Donk van de & Putters 2005; Grit 2004; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Putters 2009). Onze bevindingen verdiepen deze notie met het inzicht dat hieraan strijdende normatieve verwachtingen ten grondslag liggen.

De bevindingen geven ook blijk van conflicterende verwachtingen over onderlinge relaties. De narratieven onthullen dat de bestuurders zich afhankelijk voelen van stakeholders die belast zijn met de uitvoering en controle van het nationale overheidsbeleid, zoals de gemeente, het zorgkantoor en controlerende organisaties evenals de inspectie en de NMA. In het uitvoeren van hun lokale opgave zijn bestuurders Steen, Bakker en Kruithof afhankelijk van de gemeente, bestuurder Jansen van de zorgfinancier, het zorgkantoor, en bestuurder Vos van de NMA. In het veranderende zorgbeleid wordt van bestuurders verwacht dat zij als sociaal verantwoorde ondernemers onafhankelijker van de overheid dan voorheen hun verantwoordelijkheden zelfstandig opvatten en vormgeven (Grit 2004; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Scheer van der 2007). Bestuurders voelen zich in hun handelen echter afhankelijk van en gecontroleerd door de overheid.

De narratieven laten ook zien dat bestuurders zorgprofessionals en cliënten als afhankelijk van hen beschouwen. Typering van hun cliënten als “kwetsbare mensen” en van hun zorgprofessionals als “lieve hulpvaardige mensen die je moet prikkelen om te vernieuwen” illustreren dit. Normatieve verwachtingen

conflicteren ook hier. De overheid verwacht van cliënten dat zij een grotere persoonlijke verantwoordelijkheid nemen in het organiseren van hun eigen zorg. Dit is strijdig met de zienswijzen van bestuurders die hun cliënten zien als hulpbehoevend en afhankelijk van hen. Bestuurders zien ook zorgprofessionals als niet voldoende pro-actief of veranderingsgezinnd en bovendien afhankelijk van hun hulp ter voorkoming van exploitatie. Bestuurders benaderen derhalve cliënten en professionals niet als stakeholders *mét* wie, maar als stakeholders *vóór* wie zij het doen, zoals het vechten voor behoud van de werkgelegenheid door bestuurder Kruithof en het opkomen voor patiënten met de ziekte van Huntington door bestuurder Jansen aangeven. De bevindingen laten een traditioneel beeld zien van de relatie tussen bestuurders en de overheid en haar vertegenwoordigers, alsook van de relatie tussen bestuurders en hun cliënten en zorgverleners. De bevindingen geven geen blijk van heroriëntatie op deze relaties, noch van bestuurders die hun verantwoordelijkheidsopvattingen actief met deze stakeholders vormgeven. Studies geven aan dat het met elkaar dialogisch vormgeven van verantwoordelijkheden vruchtbaar is in veranderende contexten waarin onderlinge relaties en normatieve verwachtingen verschuiven en diffuus raken (Fisscher, Nijhof & Steensma 2003; Grit 2004; Hemingway & MacLagan 2004; Maak & Pless 2006; Noordegraaf & Abma 2003; Peredo & McLean 2006).

De narratieven illustreren dat de realisatie van de door de bestuurders ervaren opgaven niet alleen bepaald wordt door hun eigen verantwoordelijkheidsopvatting, maar een resultante is van een samenspel tussen hen en andere stakeholders (Abma 2005; Greene 2001; Grit 2004; McQueen 2000; Petrick & Quinn 1997; Schwandt 2001). Er dreigen impasses te ontstaan: bestuurder Steen dreigt in een impasse te raken in zijn poging om zijn expertise buiten zijn muren te brengen omdat zijn zorgprofessionals hier nog niet proactief op acteren; bestuurder Bakker komt in een impasse met de gemeente bij de realisatie van zijn zorgwelzijnscentrum; bestuurder Jansen ervaart een impasse als de zorgfinanciers de zorg die wordt aangeboden in zijn expertisecentrum, niet afdoende financieren; bestuurder Vos dreigt vast te lopen met zijn 24-uurszorg als de NMA de daarvoor benodigde samenwerking blokkeert; en bestuurder Kruithof komt met zijn vakbond in een impasse terecht over de salarissen van zijn werknemers. Ondanks tegenstrijdige en conflicterende verwachtingen weet de ene bestuurder wel, maar de andere bestuurder niet uit deze impasse te komen. Vasthoudendheid op basis van een zorginhoudelijke visie in combinatie met het kunnen inzetten en aanwenden van relaties met stakeholders lijkt de bestuurder te helpen om uit een impasse te raken. Aanvullend onderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in hoe bestuurders omgaan met conflicterende verwachtingen en hoe zij deze op één lijn weten te krijgen. Hierbij zijn de normatieve verwachtingen van de stakeholders relevant. Wat verwachten zij van bestuurders en van zichzelf in het uitvoeren van lokale opgaven en het nemen van verantwoordelijkheden? Onze studie heeft zich voornamelijk gericht op het perspectief van de bestuurders. Vervolgonderzoek naar de perspectieven

van de andere stakeholders en de dynamische (her)onderhandeling over verantwoordelijkheden kunnen waardevolle inzichten toevoegen.

2.5 Conclusie

De veranderingen in de ouderenzorg vragen van bestuurders een heroriëntering op hun bestuurlijke verantwoordelijkheden in een door hen als complex getypeerde context. Bestuurders ervaren het als hun hoofdpogaven om de intramurale zorg voor ouderen te verbeteren en om de zorg bij ouderen thuis vorm te geven. Bestuurdersidentiteit, persoonlijke waarden en relaties vormen de basis voor wat zij in de eigen lokale context als hun verantwoordelijkheid beschouwen. Door diversiteit in identiteiten, waarden en relaties, ervaren bestuurders unieke, eigen, lokale opgaven. Het realiseren van opgaven loopt vast wanneer normatieve verwachtingen conflicteren. Dit treedt op als bestuurders de door hen als intrinsiek aan de zorg verbonden ervaren waarden niet verenigd krijgen met hun zakelijke waarden, of deze nu door henzelf van belang geacht worden, of dat zij door het systeem zijn opgelegd. Of een lokale opgave gerealiseerd wordt, hangt af van de relationele capaciteit van een bestuurder om zulke spanningen tussen normatieve verwachtingen op te lossen, in dialoog met de stakeholders en hun fundamentele motivaties. De bevindingen geven aan dat reflecties relevant zijn op wat verwacht kan en moet worden van bestuurders in het beslechten van lokale opgaven, om voor de toekomst de intramurale zorg te verbeteren en vorm te geven aan de zorg voor thuiswonende ouderen. Aangezien de bestuurders nog steeds een traditionele rol en relatie laten zien met hun interne en externe stakeholders, is het tijd om te heroverwegen op welke wijze het herverdelingsproces van verantwoordelijkheden in de zorg meer en meer tot een open, dialogisch en inkluderend democratisch proces kan worden getransformeerd.

Literatuurlijst

- Abma, TA 2005, 'Responsive evaluation: Its meaning and special contribution to health promotion', *Evaluation and Program Planning*, vol. 28, no. 3, pp. 279-289.
- Abma, TA 2006, 'The Practice and Politics of Responsive Evaluation', *The American Journal of Evaluation*, vol. 27, no. 1, pp. 31-43.
- Abma, TA 2007, 'Situated Learning in Communities of Practice: Evaluation of Coercion in Psychiatry as a Case', *Evaluation*, vol. 13, no. 1, pp. 32-47.
- Abma, TA & Stake, RE 2013, 'Science of the Particular. An Advocacy of Naturalistic Case Study in Elderly Care and research' submitted to *Qualitative Health Research*.
- Brandsen, T, Donk van de, W & Putters, K 2005, 'Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector' *International Journal of Public Administration*, vol. 28, no. 9/10, pp. 749-766.
- Fisscher, O, Nijhof A & Steensma, H 2003, 'Dynamics in Responsible Behaviour In Search of Mechanisms for Coping with Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 44, no. 2, pp. 209-224.
- Freeman, RE & Auster, ER 2011, 'Values, Authenticity, and Responsible Leadership', *Journal of Business Ethics*, vol. 98, no. 1, pp. 15-23.
- Greene, J 2001, Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective. *Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice*, vol. 7, no. 2, pp. 181-187.
- Grit, K 2004, 'Corporate Citizenship: How to Strengthen the Social Responsibility of Managers?' *Journal of Business Ethics*, vol. 53, no. 1/2, pp. 97-106.
- Guba, EG & Lincoln, YS 1989, *Fourth generation evaluation*, Sage Publications , Newbury Park.
- Hemingway, CA & MacLagan, PW 2004, 'Managers' Personal Values as Drivers of Corporate Social Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 50, no. 1, pp. 33-44.
- Lieblich, A, Tuval-Mashiach, R & Zilber, T 1998, *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*, Sage Publications , Thousand Oaks.
- Maak, T & Pless, NM 2006, 'Responsible Leadership in a Stakeholder Society - A Relational Perspective', *Journal of Business Ethics*, vol. 66, no. 1, pp. 99-115.

McQueen, DV 2000, 'Perspectives on health promotion: Theory, evidence, practice and the emergence of complexity', *Health Promotion International*, vol. 15, no. 2, pp. 95-98.

Meadows, LM & Morse, JM 2001, 'Constructing evidence within a qualitative project', in JM Morse, JM Swanson, & AJ Kuzel (eds.), *The nature of Qualitative Evidence*, Sage, Thousand Oaks, pp. 187-201.

Meurs, P & Grinten van der, T 2005, *Gemengd besturen : besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, Academic Service, Den Haag.

Noordegraaf, M & Abma, T 2003, 'Management by Measurement? Public Management Practices Amidst Ambiguity', *Public Administration*, vol. 81, no. 4, pp. 853-872.

Noordegraaf, M & Meurs, P 2002, 'Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg', M & O: *Tijdschrift voor Organisatiekunde en Sociaal Beleid*, vol. 56, no. 3, pp. 22-39.

Noordegraaf, M, Meurs, P & Montijn-Stoopendaal, A 2005, 'Pushed organizational pulls : Changing responsibilities, roles and relations of Dutch health care executives', *Public Management Review* vol. 7, no. 1, pp. 25-43.

Noordegraaf, M & Meulen van der, M 2008, 'Professional power play: Organizing management in health care', *Public Administration*, vol. 86, no. 4, pp. 1055-1070.

Oborn, E, Barrett, M & Exworthy, M 2011, 'Policy entrepreneurship in the development of public sector strategy: The case of London health reform', *Public Administration*, vol. 89, no. 2, pp. 325-344.

Peredo, AM & McLean, M 2006, 'Social entrepreneurship: A critical review of the concept', *Journal of World Business*, vol. 41, no.1, pp. 56-65.

Petrick, JA & Quinn, JF 1997, *Management ethics: Integrity at work*, Sage, Thousand Oaks.

Pless, NM 2007, 'Understanding Responsible Leadership: Role Identity and Motivational Drivers', *Journal of Business Ethics*, vol. 74, no. 4, pp. 437-456.

Pollitt, C & Bouckaert, G 2004, *Public management reform: A comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford.

Putters, K 2009, *Besturen met duivelselastiek*, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2012, *Redzaam Ouder Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*, RVZ, Den Haag.

Reissman, CK 1993, *Narrative Analysis*, Sage, Newbury Park.

Scheer van der, W 2007, 'Is the new health-care executive an entrepreneur?' *Public Management Review*, vol. 9, no.1, pp. 49-65.

Schwandt, TA 2001, 'A Postscript on Thinking about Dialogue', *Evaluation*, vol.7, no. 2, pp. 264-276.

Stake, RE 2004, *Standards-based & responsive evaluation*, Sage, Thousand Oaks.

Stake, RE 2005, *Qualitative Case Studies*, in NK Denzin, & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 443-466.

Stake, RE 2006, *Multiple case study analysis*, The Guilford Press, New York.

Stoopendaal, A 2009, 'Healthcare executives as binding outsiders in fragmented and politicised organisations', *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, vol. 2, no. 2, pp. 184-194.

Verkerk, M & Widdershoven, G 2005, *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?*, UMCG, Groningen.

Walker, MU 1998, *Moral understandings: A feminist study in ethics*, Routledge, New York.

Walker, MU 2002, 'Morality in Practice: A response to Claudia Card and Lorraine Code', *Hypatia*, vol. 17, no. 1, pp. 174-182.

HOOFDSTUK 3

Zorg, sociaal ondernemerschap en bureaucratie

Een case studie in de Nederlandse ouderenzorg

L. van Gastel, K.G. Luijkx, J.M.G.A. Schols, G.A.M. Widdershoven, T.A. Abma

Samenvatting

Zoals in de meeste Europese landen is het Nederlandse zorgsysteem radicaal aan het veranderen. Door de introductie van markt- en zakelijk-georiënteerde prikkels in de zorgsector, stimuleert de overheid ondernemerschap in de zorg en trekt zich steeds meer terug. Dit heeft consequenties voor de verantwoordelijkheden van bestuurders in de zorgsector. Tot nu toe is er nauwelijks ethisch empirisch onderzoek gedaan naar sociaal ge(re)construeerde bestuurlijke verantwoordelijkheden. Het doel van deze studie is om vanuit het perspectief van één bestuurder het inzicht te vergroten in de toewijzing van verantwoordelijkheden in een dynamische context. We hebben gekozen voor een naturalistische case studie in het veld van de Nederlandse ouderenzorg, omdat deze sector momenteel in transitie is. Centraal stond bestuurder Jansen (pseudoniem), een bestuurder van een intramurale zorginstelling. Wij combineerden observaties van, en diepte-interviews met bestuurder Jansen en andere voor hem relevante stakeholders. De zorgethische theorie van Margret Walker over verantwoordelijkheden en normatieve verwachtingen, -gegrond in narratieven van identiteit, relaties en waarden-, is gebruikt om de kwesties te bestuderen. De case studie laat een pluraliteit aan identiteiten, waarden en relaties zien. Spanningen zijn aanwezig bij bestuurder Jansen zelf, maar ook tussen Jansen en andere stakeholders alsook tussen Jansen en de bureaucratische beperkingen en controle door de zorgverzekeraar.

3.1 Inleiding

De populatie in de westerse wereld vergrijst en de voor hen beschikbare gelden slinken. Nederland is geen uitzondering op deze trend. In 2030 zal meer dan een miljoen mensen zorg en ondersteuning nodig hebben (Jong de & Duin van 2010; Campen van et al. 2011). Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden treedt de Nederlandse nationale overheid terug uit haar traditionele rol van hoeder van de verzorgingsstaat en delegeert zij meer en meer de verantwoordelijkheden voor de zorg van ouderen naar het maatschappelijke middenveld. 'Kleine overheid, grote maatschappij' is het nieuwe motto van de Nederlandse regering (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011). Deze ontwikkeling is in meer Europese landen waarneembaar (Pollitt 2002; Saltman & Busse 2002; Saltman & Figueras 1998; Scheer van der 2007). Door de introductie van marktwerking en zakelijk georiënteerde prikkels in de zorg wordt een verschuiving gestimuleerd van een op de overheid gebaseerde benadering naar een meer ondernemende benadering. Dit heeft effect op de rol en verantwoordelijkheden van bestuurders in de zorgsector, inclusief de ouderenzorg. Wat in deze context verstaan moet worden onder maatschappelijk ondernemerschap is echter niet duidelijk (Pollitt 2002; Scheer van der 2007) met als gevolg dat bestuurders in de zorg zoekende zijn naar hun nieuwe rol (Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Putters 2009; Scheer van der 2007; Stoopendaal 2009).

In Nederland staan bestuurders die voor ouderen zorg dragen voor de uitdaging om hun traditioneel op aanbod gerichte organisaties te veranderen in organisaties die cliënten werven en aan zich binden in een open, concurrerende markt. In tegenstelling tot de traditionele financiering - op basis van het zorgaanbod - wordt alleen nog de daadwerkelijk door de zorgorganisatie geleverde zorg vergoed. Daarbij verschuift het recht op door de overheid gefinancierde zorg meer en meer naar een eigen verantwoordelijkheid van ouderen, om zo lang mogelijk zelfstandig en autonoom te blijven functioneren, eventueel met steun van familie en andere mantelzorgers. Alleen als er geen andere mogelijkheid meer is, komen zij in aanmerking voor formele zorg. Daarbij kunnen ouderen die afhankelijk worden van formele zorg, zelf bepalen door welke zorgorganisatie zij verzorgd willen worden. In lijn hiermee zijn financieringssystemen en kwaliteitssystemen veranderd en worden deze geborgd in kwaliteitsindexen, door een nationaal kwaliteitsinstituut, door benchmarking en het openbaar maken van deze gegevens en systemen die horen bij een zogenoemde 'compliance government'. Zorgfinanciers maken prijs- en kwaliteitsafspraken met zorgorganisaties waarbij cliënttevredenheid een maatgevende factor is geworden. Zorgorganisaties concurreren met elkaar en worstelen met nieuwe aanbestedingsprocedures (Grinten van der 2006; Jong de & Duin van 2010; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Schols 2008; VWS 2004; 2006; 2010,). Recente bezuinigingen op nationaal niveau compliceren de opgave van de bestuurders.

De veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel zijn veelomvattend.

Op een andere manier dan voorheen moeten bestuurders in de ouderenzorg zich rekenschap geven van de aan hen gedelegeerde verantwoordelijkheden. Zij moeten nu als maatschappelijke ondernemers acteren en rekening houden met de belangen van alle andere stakeholders (Grit 2004, Meurs 1997; Noordegraaf & Meurs 2002; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Scheer van der 2007). Tot deze groep stakeholders behoren interne partijen zoals Raad van toezicht, zorgprofessionals, ondernemingsraad en cliëntenraad, evenals externe belanghebbenden waaronder cliënten en hun familie, cliënten- en familiebelangengroepen, zorgfinanciers, de nationale en lokale overheid, projectontwikkelaars en woningbouwverenigingen en andere zorginstellingen. Bestaande bestuursmodellen staan ver af van de huidige complexiteit waarmee deze bestuurders in hun dagelijkse werk steeds meer te maken hebben. Velen worstelen met deze complexiteit door gebrek aan adequate bestuursmodellen (Putters 2009). Onderzoekers constateren dat het perspectief van bestuurders in de zorgsector op hun dagelijkse werk tot nu toe nog weinig wetenschappelijke aandacht heeft gekregen (Noordegraaf & Stewart 2000; Putters 2009; Scheer van der, Meurs & Ngo 2007). Wij hebben een empirisch ethische benadering gevolgd gebaseerd op de theorie van de Amerikaanse filosoof Margret Walker (Walker 1998). Walker plaatst verantwoordelijkheden in een morele in plaats van juridische context, waarin verantwoordelijkheden veelal geduid worden door regels en plichten. Hiermee verschuift zij de focus van de vraag waar iemand volgens de algemeen geldende regels verantwoordelijk voor zou moeten zijn naar waar iemand zich in zijn dagelijks handelen werkelijk verantwoordelijk voor voelt en wat hij van anderen aan verantwoordelijkheden verwacht vanuit morele intuïties.

Vanuit juridische aansprakelijkheid spreken wij meestal van *scheiding tussen verantwoordelijkheden* en de bijbehorende noodzaak van het publiekelijk verantwoorden. In Walkers visie zijn verantwoordelijkheden sociaal geconstrueerd en zij spreekt daarom liever van *het toewijzen van verantwoordelijkheden*. Walker beschouwt verantwoordelijkheden als gegrond in relaties, die gebaseerd zijn op normatieve verwachtingen ten aanzien van zichzelf en anderen. Dit is gebaseerd op de ethische notie dat een ieder deel uitmaakt van een complex aan relationele verhoudingen, verbonden door onderling gekozen en ongekozen verplichtingen. Of wij ons wel of niet verplicht voelen tot die verantwoordelijkheden en de beantwoording ervan, wordt mede beïnvloed door gedeelde morele waarden en normen (Walker 1998). Deze normatieve overwegingen zijn geen gegeven maar zijn veranderbaar en onderhandelbaar. Conflict - in de persoon zelf of tussen personen - en dwang kunnen onderdeel uitmaken van dit onderhandelingsproces, en zijn specifiek van belang als men de relationele dynamiek van de verantwoordelijkheidspraktijk wil begrijpen.

Walkers moreel-constructivistische benadering is specifiek geschikt voor het bestuderen van situaties waarin waarden en normen veranderen, zoals in de ouderenzorg. Normatieve verwachtingen - zo stelt Walker - worden

uitgedrukt in drie soorten narratieven: van identiteit, relaties en waarden. In narratieven van identiteit komt tot expressie hoe we onszelf begrijpen en hoe anderen ons begrijpen; wat wij van onszelf als persoon verwachten; en wat anderen van ons verwachten. Narratieven van waarden vertellen ons welke fundamentele motieven iemands manier van handelen drijven, welke waarden in een omgeving belangrijk zijn en welke discrepanties er ontstaan door dominante waarden in een specifieke context en systeem. Narratieven van relaties verduidelijken wie voor ons belangrijk zijn, hoe wij ons tot hen verhouden, wat wij aan hen verschuldigd zijn, gegeven de geschiedenis van de relatie, en wat wij van hen verwachten (Walker 1998; 2002).

Bij het zoeken naar een antwoord op onze onderzoeksvraag over toedelingen van verantwoordelijkheden in een dynamische context, volgen wij een empirisch ethische benadering en presenteren en bediscussiëren wij in dit artikel een case studie. Verhalen, waarin de identiteit, waarden en relaties geconstrueerd worden en tot expressie komen, kunnen worden beschouwd als belangrijkste kennisbron voor de normatieve opvattingen in relatie tot onze eigen verantwoordelijkheden en die van een ander (Walker 1998). Verhalen zijn belangrijke bronnen bij onderzoek naar geconstrueerde werkelijkheden en normatieve verwachtingen. Verhalen refereren aan ervaringen waarin gebeurtenissen en omstandigheden vanuit het perspectief van de verhalen betekenisonderling met elkaar verbonden zijn. Hiermee kunnen de uniciteit, complexiteit en ambivalentie achterhaald en inzichtelijk gemaakt worden (Abma 2006a; Walker 1998). In dit hoofdstuk presenteren wij het verhaal van een Nederlandse bestuurder in de ouderenzorg, aangevuld met de perspectieven van andere stakeholders om de case studie te complementeren. Wij zullen hem mijnheer Jansen noemen (pseudoniem). Met de focus op de betekenis voor bepaalde situaties gaan we niet uitgebreid in op het Nederlandse zorgsysteem en de transities in de ouderenzorg, maar verstrekken wij waar nodig contextuele informatie aan lezers die niet vertrouwd zijn met het Nederlandse systeem.

3.2 Methode

Om de percepties van bestuurders in de ouderenzorg voor ouderen ten aanzien van de toewijzing van verantwoordelijkheden te begrijpen, hanteren wij een moreel-constructivistische benadering om te ontdekken welke rol waarden spelen in het dagelijkse werk van bestuurder Jansen, en hoe zijn normatieve wereld gestructureerd is. We hebben gekozen voor een naturalistische case studie, omdat die ons in staat stelt de specifieke details van een afgebakende entiteit, een casus, te begrijpen in zijn dagelijkse context en in al zijn complexiteit met een minimum aan interventie (Stake 2005). Naturalistische case studies bestuderen de wereld vanuit de meervoudige perspectieven van diegenen die erbij betrokken zijn. De aandacht gaat hierbij eerder uit naar het specifieke dan het generale, eerder naar de betekenis dan de feiten en naar de invloed van de context. De waarde van naturalistische case studies wordt gezien

in wat wij ervan kunnen leren en in wat ons uitdaagt erop te reflecteren (Abma & Stake submitted). De in dit hoofdstuk gepresenteerde case is gebaseerd op verschillende diepte-interviews met, en observaties van bestuurder Jansen, gerelateerd aan stakeholders. De diepte-interviews maakten deel uit van een studie waarin zes bestuurders meer dan eens zijn geïnterviewd. We hebben ervoor gekozen om juist de narratieven van bestuurder Jansen te presenteren, omdat deze vol spanning over morele kwesties zitten, wat weer betekent dat het potentieel om ervan te leren aanzienlijk is (Stake 2010).

Het eerste interview met bestuurder Jansen vond plaats in de zomer van 2008, een tweede begin 2009, en twee daarop volgende interviews in 2010 en 2011; vier in totaal. Alle interviews zijn gehouden op het kantoor van de bestuurder. De interviewster, en tevens 1^{ste} auteur van dit hoofdstuk, startte het eerste gesprek met de vraag: “Wat betekenen de veranderingen in het zorgstelsel voor u als bestuurder in de ouderenzorg?”. De interviewster heeft alleen gebruik gemaakt van een topiclijst om het interview gericht te houden op Jansens zienswijzen, op zijn verantwoordelijkheden en die van anderen, alsook hoe deze door de tijd heen zijn veranderd. Het analyserapport van het eerste interview vormde de basis voor de volgende interviews waarin de bestuurder reflecteerde op de analyses van het eerste interview. Ook werden daarin thema's uit het eerste interview in meer detail bediscussieerd in relatie tot de vragen: “Wat zijn uw actuele kwesties in de dagelijkse praktijk?, Wat is uw rol als bestuurder? En welke stakeholders zijn voor u belangrijk in relatie tot die kwesties?”. Om te voorkomen dat stakeholders die er toch toe doen, door de bestuurder vergeten werden, zijn door de interviewster bepaalde stakeholders aangedragen. Dit gebeurde pas nadat aan de bestuurder alle ruimte gegeven was om de voor hem relevante stakeholders te benoemen.

De bestuurder is in de interviews leidend geweest in de keuze en de volgorde van de onderwerpen. Dit betekende dat de bestuurder vrij was om die kwesties naar voren te brengen die hij als urgent en als belangrijk ervoer gezien de veranderingen in de ouderenzorg. De interviewstijl met bestuurder Jansen was open en had kenmerken van een natuurlijke conversatie. Dit is een algemeen gebruikelijk methode om een narratief op natuurlijke wijze naar boven te laten komen (Reissman 1993). Om de beleavingswereld van de bestuurder te begrijpen vanuit zijn persoonlijke perspectief, en om ruimte te geven aan het naar boven komen van morele kwesties, is de interviewster de bestuurder respectvol tegemoet getreden om een belangstellende en open interviewsetting te creëren. De locatie van de interviews - zijn eigen kantoor - maakten hier onderdeel van uit. Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen is door de interviewster regelmatig gevraagd naar actuele praktijkvoorbeelden (Abma 2006b; Stake 2004). De conversaties duurden gemiddeld anderhalf uur, en zijn met toestemming van de bestuurder opgenomen en direct na het interview letterlijk uitgetypt. Observaties en impressies van Jansen in zijn omgeving, zijn als veldnotities opgetekend in een logboek.

De transcripten van de interviews van bestuurder Jansen zijn volgens een narratieve benadering geanalyseerd, waarbij de focus lag op herhaling van thema's, het plot van het verhaal en het gebruik van taalkenmerken zoals metaforen, herhalingen en dergelijke. Deze taalkenmerken hielpen om de normatieve verwachtingen en hun onderliggende waarden en normen te herkennen en te begrijpen (Kvale & Brinkmann 2009; Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998). De narratieve analyse van de interviews is allereerst gescheiden van elkaar uitgevoerd door de eerste twee auteurs. Vervolgens zijn de bevindingen verscheidene keren bediscussieerd in dialoog tussen deze auteurs. De bediscussieerde en in analyserapporten opgetekende bevindingen zijn vervolgens voorgelegd aan het gehele auteursteam. Een auteur uit dit team kende bestuurder Jansen; twee auteurs kenden hem niet maar één van hen maakte tijdens het onderzoeksproces kennis met Jansen. Dat niet iedereen van het team bestuurder Jansen persoonlijk kende, was behulpzaam bij het verkrijgen van een genuanceerde beschrijving van zijn persoonlijkheid.

Om het verhaal van bestuurder Jansen verder te complementeren, en om een beter inzicht te krijgen in eventuele spanningen in normatieve verwachtingen tussen verscheidende actoren, zijn aanvullend diepte-interviews gehouden met andere stakeholders. Deze stakeholders werden geselecteerd omdat bestuurder Jansen hen relevant acht voor zijn actuele kwesties. Ook de stakeholders zijn in hun vertrouwde omgeving geïnterviewd. In deze interviews, die eveneens gehouden zijn met een open stijl zoals gebruikelijk bij een natuurlijke conversatie, is aan de stakeholders gevraagd naar hun zienswijzen op de actuele kwesties zoals die door bestuurder Jansen werden aangedragen. In deze studie presenteren wij data uit interviews met de burgemeester en met een medewerker van de zorgverzekeraar, omdat zij beiden een prominente rol spelen in het verhaal van Jansen. De gesprekken met deze stakeholders duurden gemiddeld anderhalf uur. Hierbij werd dezelfde procedure gevolgd van analyseren en het ter controle voorleggen van de bevindingen aan de geïnterviewden, de zogenaamde member-check procedure. (Meadows & Morse 2001). De complete dataset is vervolgens geanalyseerd volgens de theorie van Walker, bestaande uit de concepten van identiteit, waarden en relaties en normatieve verwachtingen. Dezelfde procedure van de betrokkenheid van de auteurs is gevolgd. De geloofwaardigheid van het gepresenteerde materiaal is een belangrijk criterium voor de waarde die de bevindingen hebben (Guba & Lincoln 1989). Geloofwaardigheid betekent dat de respondenten niet gestuurd werden vanuit aannames vooraf, maar vrijelijk hun mening naar voren konden brengen, en dat ook de onderzoeksters zich bewust waren van hun rol als diegenen die het interview materiaal gingen interpreteren (Meadows & Morse 2001). Ten behoeve van de betrouwbaarheid en om recht te doen aan de persoon van Jansen, zijn de analyses regelmatig in het auteursteam en met de respondenten zelf bediscussieerd. Het interviewmateriaal is meer dan eens besproken door de auteurs om recht te doen aan het actief construeren van de analyses op basis van het interviewmateriaal zonder aannames en

meningen vooraf van de auteurs. De data uit de interviews van de stakeholders en de bijbehorende member-checks zijn gebruikt om zo dicht mogelijk bij de bedoelingen van respondent Jansen te blijven. De besprekingen van de onderzoekers uit het auteursteam hebben zo vaak plaatsgevonden als nodig was om tot een overtuigend narratief over mijnheer Jansen te komen. Als laatste stap is dit hoofdstuk ter goedkeuring aan Jansen aangeboden.

3.3 Resultaten

Jansens narratief

Jansen is een bestuurder van 57 jaar met meer dan 20 jaar ervaring als bestuurder van een zorgorganisatie die zich primair toelegt op de huisvesting, zorg en begeleiding van ouderen en chronisch zieken die niet meer thuis kunnen wonen. Hij heeft een jongere medebestuurster, een vrouwelijke arts, die sinds twee jaar in functie is en belast met de portefeuille zorg. Jansen zegt een gemakkelijk informeel contact met haar te hebben; de deuren staan open en zij lopen regelmatig voor een korte vraag bij elkaar binnen.

Bestuurder Jansen kent de organisatie al vanuit de tijd dat patiënten verzorgd werden door de nonnen. Hij bewondert het idee van zorgen voor anderen, gegrond in religieuze noties van gelijkheid tussen mensen en solidariteit met de zwakkeren, zoals hij benadrukt in zijn vele anekdotes. Jansen onderstreept dat zorg voor iedereen gelijkelijk beschikbaar zou moeten zijn, los van achtergrond of financiële positie. Hij beschouwt zijn cliënten als kwetsbare personen die afhankelijk zijn van de zorg die verstrekt wordt door zijn organisatie. Dit komt ook terug in zijn taalgebruik en het feit dat hij deze groep mensen als patiënten betitelt.

“Zorg is geen productieproces. Het zijn nog altijd mensen. En als een patiënt bedroefd is, dan moet je hem of haar tijd gunnen bedroefd te zijn. Je kan gewoonweg niet zeggen: “Oké, dat was het, ik ben weg. De toegewezen tijd is op; je hebt recht op acht minuten ondersteuning, en niet meer dan dat.”

Bestuurder Jansen is ook bezorgd om zijn medewerkers. Recente financiële druk op de tarieven heeft het vooruitzicht vergroot dat oudere zorgprofessionals ontslagen zullen moeten worden om plaats te maken voor goedkopere en jongere krachten. Bestuurder Jansen trekt zich hun lot aan:

“We hebben mensen die 20 jaar bij ons in dienst zijn, die wij het ontslag moeten aanzeggen. Al met al moeten we een paar honderd man op straat zetten. Heel vaak zijn het gescheiden vrouwen met meerdere kinderen. Ze hebben pensioenrechten opgebouwd. En dan moet je hun alles gaan afnemen. Vakantiedagen, collega’s! (...) Dan denk ik, dat kan toch niet waar zijn.”

Hoewel Jansen zijn huidige werk plaatst in de geloofstraditie van solidariteit met anderen, is hij zich terdege bewust van de eisen die voortkomen uit de

modernisering en het veranderende ouderenbeleid. In 2005 fuseert Jansens organisatie met een andere zorgorganisatie. De daaruit voortvloeiende huidige zorgorganisatie richt zich op het zoveel mogelijk ruimte te bieden aan cliënten om zelf keuzes te maken in hoe zij, passend bij hun eigen levensstijl, verzorgd en ondersteund willen worden. Jansens huidige organisatie bestrijkt een gebied met een paar kleine steden en enkele meer in het buitengebied gesitueerde dorpen. De zorgorganisatie kent een tiental locaties en bestaat uit verschillende verzorgingshuizen, verpleeghuizen en een zorgboerderij. De locaties liggen verspreid over het verzorgingsgebied en verschillen in uitstraling; van oudbouw waarbij nog twee tot vier mensen op één kamer verblijven, tot nieuwbouw met appartementen waar luxe wonen en gespecialiseerde persoonlijke zorg gecombineerd worden. Al met al draagt bestuurder Jansen zorg voor ongeveer 600 cliënten en ongeveer 1000 medewerkers en 500 vrijwilligers. Om ook aan zelfstandig wonende cliënten zorg te kunnen leveren, zijn de afgelopen jaren thuiszorg, dagverzorging, dagbehandeling en tijdelijk verblijf aan de van oorsprong intramurale zorgproducten toegevoegd. Het modern ingerichte hoofdkantoor ligt apart van de zorglocaties op een klein industrieterrein. Hier ontvangt de heer Jansen graag zijn bezoek. In zijn directe benadering laat hij voelen dat je welkom bent. Hij is gemakkelijk benaderbaar en belangstellend in zijn gesprekken.

Jansen volgt de ontwikkelingen in de zorg nauwgezet. Wetenschappelijke boeken en rapporten staan in zijn kantoor onder handbereik. Hij heeft vooral interesse in onderzoek naar welke gevolgen de ontwikkelingen in de zorg hebben voor bestuurders in de zorg. Zijn jovialiteit maakt plaats voor ernst als hij zijn zorg uit over het verdwijnen van – zoals hij dat verwoordt – “*de ziel in de zorg*”. Als bestuurder die al geruime tijd woonachtig is in het zorggebied van zijn eigen organisatie, voelt hij zich verbonden met zijn zorggemeenschap en de mensen met wie hij de zorg dagelijks realiseert. Hij is een echte netwerker die zowel formeel als informeel in contact staat met anderen in zijn werkveld. Mijnheer Jansen gaf al leiding aan de zorgorganisatie in de tijd dat de nationale overheid nog een vaste vergoeding verstrekke voor het aantal beschikbare bedden in een zorgorganisatie. Het was aan hem, als bestuurder, om dit vaste bedrag om te zetten naar zorg voor zijn patiënten. Dat is niet meer het geval in het nu geldende zorgstelsel: geld volgt nu de cliënt. Deze verandering in het systeem stelde bestuurder Jansen voor een nieuwe opgave; het veranderen van zijn zorgorganisatie in een organisatie die zelf in staat is cliënten te werven en te binden in een open en competitieve markt. Hij is deze nieuwe opgave met optimisme tegemoet getreden. Hij beschouwde de introductie van de marktwerking als een positieve uitdaging die hem prikkelde om een dynamische houding in te nemen. Op het moment dat in de zorg de marktwerking van kracht werd en er ondernemerschap van hem werd geëist, was Jansens eerste stap om een fusiepartner te zoeken om samen sterker te staan. Jansen zegt:

“Er zaten natuurlijk signalen aan te komen; het feit dat er gewoon een enorme behoefte aan zorg ging ontstaan voor de komende jaren, en tegelijkertijd het

achterblijven van de centen. Wij hadden het idee dat als wij op een aantal zaken wilden aanhaken, dat wij in ieder geval een grote speler moesten zijn. (...) Wij bekeken wat het voor ons zou betekenen om in een groter speelveld te opereren, en wij besloten de uitdagingen aan te gaan. Dat deed ons besluiten dat, als wij werkelijk voor de toekomst klaar wilden zijn, wij voldoende 'body' nodig zouden moeten hebben. Dus toen zijn we een fusiepartner gaan zoeken."

De fusie, die in 2005 gereed was, markeerde het begin van het anticiperen op de veranderingen, maar laat nieuwe en actuele kwesties onbeantwoord:

"Waar gaan we ons op focussen? Zal die klassieke structuur van verplegen er over tien of twintig jaar nog hetzelfde uitzien? (...) Hoe gaan de verpleeghuizen er in de toekomst uitzien? Wat is het effect van zo lang mogelijk thuis? Zouden wij ons moeten gaan specialiseren in de verpleeghuiszorg? Moeten wij het meer gaan zoeken in de ketenzorg?"

De langere termijn ontwikkelingen zijn onduidelijk. Jansen voelt zich geconfronteerd met de vraag of de overheid en financiers de groeiende vergrijzing willen opvangen met grotere instituten met basiszorg voor iedereen? Of dat zij aansturen op een uiteindelijke tweedeling in de samenleving waarin in private en gespecialiseerde zorginstellingen zorg en wonen ingekocht gaan worden afhankelijk van de hoogte van het persoonlijke inkomen. Alhoewel andere collega-bestuurders gekozen hebben voor extra service tegen betaling, houdt Jansen vast aan de waarde van solidariteit met de kwetsbaren, in de zin van het leveren van basiszorg aan iedereen. Voor hem is solidariteit tussen cliënten belangrijk. Hij zegt; *"Ja, ik vind het kwetsend of pijnlijk als mensen met een grote groep bij elkaar verkeren en je ziet dat sommigen zich extra zorg of service kunnen veroorloven."* Dat het leveren van een uniform pakket aan basiszorg ook leidt tot een zekere mate van sobere zorg, *"zorg zonder franje"*, ervaart hij als een dilemma.

Hoewel Jansen spanning voelt tussen de waarden van solidariteit en individualisme, laat zijn verhaal zien dat hij niet tussen deze twee waarden wil kiezen. Hij gaat marktgericht handelen, zoals het veranderde zorgsysteem verlangt, en geeft aan dat hij besloten heeft zijn faciliteiten uit te breiden *"in competitie met anderen"*. Zijn organisatie dingt mee in een aanbestedingstraject van de gemeente naar het leveren van huishoudelijke ondersteuning, iets wat in het gewijzigde ouderenzorgbeleid mogelijk is geworden en inderdaad door veel zorgorganisaties zo uitgevoerd wordt. Ook voor bestuurder Jansen is dit een voor de hand liggende uitbreiding van de diensten van zijn organisatie, omdat hij waarde hecht aan het helpen van ouderen mensen om zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te blijven wonen. Echter, vanwege bezuinigingen op nationaal niveau, hebben gemeenten de vergoedingen van huishoudelijke ondersteuning drastisch verminderd. Schoonmaak-bedrijven zijn als prijsvechters de markt binnen gekomen, met als gevolg financiële problemen voor de zorgorganisaties. Ondanks de financiële verliezen zag

Jansen ook leerpunten: “We zitten nu onder onze kostprijs te werken. Ook daarvan leer je weer, bijvoorbeeld dat je eigenlijk niet goed weet hoe je die dingen moet wegzetten.” Vervolgens besluit hij om geen huishoudelijke ondersteuning meer aan te bieden aan kwetsbare mensen die veraf in de buitengebieden wonen. Dit was een zakelijke beslissing en niet een die gedreven werd door de behoeften van de doelgroep. In zijn ogen waren de vergoedingen van de lokale overheid niet meer voldoende om de tijd en reiskosten van zijn zorgprofessionals te compenseren. Bij monde van de burgemeesterherinnerde de lokale overheid hem aan zijn verantwoordelijkheid om ondersteuning aan thuiswonende ouderen te leveren, óók als dit mensen betreft die wat verder af wonen. De burgemeester wees Jansen op de verantwoordelijkheid van zorgbestuurders om ook gerant te staan in het geval van minder rendabele zorg: “Je moet voorkomen dat mensen daar [red: op bestuurdersposities] zitten om de kersen van de taart af te pikken.” Desondanks besluit Jansen dat hij op deze vorm van zorg geen financiële verliezen wil maken. Voordat hij het besluit definitief maakt, heeft hij zijn medebestuurder geconsulteerd, en tevens de cliëntenraad, de lokale overheid, het zorgkantoor en zijn management team in zijn besluit betrokken door met hen de consequenties voor de organisatie door te spreken. Ondanks de mening van de burgemeester, hebben financiële overwegingen hem doen besluiten te stoppen met het leveren van huishoudelijke ondersteuning voor mensen die ver weg in het buitengebied wonen. Dat mensen niet aan hun lot overgelaten worden omdat deze zorg overgenomen kan worden door daarvoor gespecialiseerde thuiszorgorganisaties speelt mee in het besluit.

In lijn met de veranderingen in de ouderenzorg neemt Jansen ook een ondernemersrisico bij de bouw van een zorgcomplex voor patiënten met de ziekte van Huntington. Als iemand die verantwoordelijk is voor het leveren van zorg, voelt hij het als zijn plicht iets te ondernemen voor deze groep zeer kwetsbare patiënten die volkomen afhankelijk zijn van anderen. De combinatie van solidariteit en ondernemerschap heeft hem doen besluiten om dit gespecialiseerde verpleeghuis te bouwen. Dit concept, waarin zelfstandig wonen gecombineerd wordt met specifieke zorg, is uniek in Nederland en heeft een bovenregionale functie verkregen. Bestuurder Jansen is trots op dit zorgcomplex: “Mensen kunnen er mensen blijven.” Hij heeft het zorgcomplex gerealiseerd door nauw samen te werken met partners uit zijn netwerk, waaronder een woningbouworganisatie. Als dit complex eenmaal gebouwd is, blijkt het nog een hele toer om bij het zorgkantoor de juiste vergoeding te krijgen voor mensen met dit ziektebeeld. Het zorgkantoor houdt afstand in het zoeken van een oplossing naar een passende financiering en laat het over aan de verantwoordelijkheid van de zorgbestuurder. Jansen zegt hierover “Uiteindelijk is natuurlijk de zorgorganisatie verantwoordelijk voor zijn eigen budgettaire kaders en het nakomen van de productieafspraken.” Hierbij wees het zorgkantoor bestuurder Jansen ook op zijn ondernemersrol. In de woorden van Jansens accountmanagers bij het zorgkantoor: “Zo’n zorgaanbieder is natuurlijk een zelfstandige onderneming en loopt in die zin ook een risico, (...)...en dat is voor de

zorgaanbieders nog even wennen.” Jansen is steun gaan zoeken in zijn regionale netwerk bij de gemeente van zijn zorggebied. Mijnheer Jansen heeft over de jaren heen een goede relatie opgebouwd met de burgemeester, voormalig portefeuillehouder van zorg. Zij hebben de krachten gebundeld om een meer solide financiering voor deze kwetsbare groep patiënten zeker te stellen. Dit is vervolgd met een succesvolle lobby naar de zorgfinancier waarover zowel Jansen als de burgemeester tevreden waren: “Als ik als burgemeester kijk wat bestuurder Jansen met zijn zorgcomplex voor Huntington-patiënten aanbiedt, dat is gewoon fantastisch, en we hebben ook hard gelobbyd om daar voldoende financiering voor de benodigde zorg voor te krijgen; daar heb ik zelf aan meegewerkt.”

Terwijl bestuurder Jansen zich zorgen maakt over de veranderingen in de ouderenzorg die door de nationale overheid over hem zijn afgeroepen, neemt hij tegelijkertijd een ondernemende stijl van handelen aan zoals die van hem verwacht wordt. Tot zijn ongenoegen creëert de nationale overheid echter niet de condities die nodig zijn voor vrij ondernemerschap. Hij laat een zeker mate van frustratie zien over de bureaucratische restricties van het zorgsysteem en de vrijheidsbeperkingen waardoor hij het gevoel heeft niet echt te kunnen ondernemen: *“We hebben wel de verantwoordelijkheden maar niet de bevoegdheden.”* Zijn ervaringen met de onrendabel aanbestede thuiszorg en de problematische financiering van de zorg voor zijn Huntington-patiënten, maken dat hij de ruimte en invloed die hij in het kader van de marktwerking in zijn ogen heeft, als zeer beperkt ervaart: *“We zijn niet vrij om onze prijs te bepalen, we zijn niet vrij om het volume te bepalen. Dus zijn we in feite overgeleverd aan de barmhartigheid van het dictaat van de financiers.”* Het ambigue van de prikkels van de overheid en het bureaucratische controlesysteem - gegrond in wantrouwen - zijn een grote bron van irritatie.

3.4 Analyse I: Identiteit, waarden en relaties

In deze paragraaf beschrijven wij hoe Jansen zichzelf ziet (narratieven van identiteit), welke waarden hij belangrijk vindt (narratieven van waarden), en met wie hij relaties koestert (narratieven van relaties). Normatieve verwachtingen van onszelf en anderen die we belangrijk vinden en hoe wij daar in relatie met anderen vorm aan geven, liggen aan de basis van het toedelen, accepteren en negeren van verantwoordelijkheden (Walker 1998). Wij beschrijven Jansens normatieve verwachtingen in relatie tot zijn identiteit en persoonlijke waarden en hoe deze, in combinatie met wat hij van anderen verwacht, zijn ideeën over verantwoordelijkheden vormen.

Narratieven van identiteit

Bestuurder Jansens narratieven onthullen drie identiteiten; de identiteit van de beschermer, de identiteit van de ondernemer en die van de netwerker. Bestuurder Jansen presenteert zich als beschermer van de kwetsbare mens en hoeder van het behoud van *“de ziel in de zorg”* vanuit zijn zorgoptiek dat *“je*

in ieder geval een vangnet moet kunnen bieden voor mensen die de zorg zelf niet meer georganiseerd kunnen krijgen.” Hij ziet het behoud van de menslievende kant van de zorg als onderdeel van zijn bestuurlijke profiel en verantwoordelijkheid; het ethos dat hij waardeerde in de tijd dat zijn zorginstelling nog gerund werd door nonnen. Jansen ziet het als zijn taak om zijn organisatie zo in te richten dat mensen, al zijn ze zorgbehoevend, zoveel mogelijk de regie behouden over hun eigen leven: “En wij moeten ervoor zorgen dat mensen, op het moment dat zij niet meer de regisseur van hun eigen leven zijn en overgeleverd zijn aan onze intramurale zorg, ook dan nog in staat zijn positieve keuzes te maken.” Eenzelfde bezorgdheid heeft hij ten aanzien van zijn oudere medewerkers, die hij wil beschermen tegen ontslag of slechte werknemerscontracten.

Jansen presenteert zich tevens als een ondernemende en zakelijke bestuurder. Vanuit zijn identiteit als ondernemer heeft hij risico's genomen bij de bouw van het gespecialiseerde verpleeghuis voor Huntington-patiënten. De nieuwe voorziening combineert een luxe verblijf met specialistische en klantgerichte zorg. Dit heeft hem een onderscheidende positie in de markt gegeven. Dat hij dit regio-overstijgende initiatief gerealiseerd heeft op het gebied van de ziekte van Huntington, komt voort uit zijn compassie voor uiterst kwetsbare patiënten die volkomen afhankelijk zijn van anderen. Hij toonde initiatief en durfde risico's aan te gaan samen met een collega-bestuurder uit de bouw. Hij heeft zich strijdbaar getoond in de lange adem die nodig was om een juiste financiering voor de zorg van deze categorie patiënten te regelen. Hij heeft een zakelijke houding aangenomen in zijn besluit te stoppen met het leveren van huishoudelijke ondersteuning aan mensen die in afgelegen gebieden wonen, omdat dit niet kostenefficiënt was. Zijn ondernemende activiteiten hebben successen gebracht, maar ook tegenslagen zoals de aanbesteding van thuiszorg waardoor grote financiële verliezen zijn ontstaan. De ondernemende kant in hem ziet dit als een logisch gevolg van het wennen aan een nieuwe situatie en het leren van de ervaringen die daarbij horen. Hij geeft aan dat hij, hoewel hij zichzelf ziet als een ervaren bestuurder, lerende is om ook ondernemer te zijn.

De derde identiteit is die van een netwerker die relaties aangaat met die partijen die hij in zijn ogen nodig heeft om een uitdaging aan te gaan of een probleem op te lossen. Zijn persoonlijke en informele wijze van het aangaan van relaties ondersteunt functionele doelen. Door zijn lange jaren als bestuurder van dezelfde zorgorganisatie kan hij buigen op een groot netwerk. Jansen bouwt zijn netwerk rond de opgaven die hij heeft, waarin hij zichzelf positioneert als de ervaren bestuurder die weet wat hij wil. In zake zijn gespecialiseerde verpleeghuis is hij een zakelijke relatie aangegaan met de bestuurder van een woningbouwvereniging. Na onderhandeling zijn zij tot afspraken over beider verantwoordelijkheden gekomen. In zijn ondernemerschap bij zijn gespecialiseerde verpleeghuis en bij zijn zakelijke besluit te stoppen met de huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen, treft hij de burgemeester op zijn pad. Jansen wordt door hem op zijn

verantwoordelijkheden aangesproken. In het geval van het gespecialiseerde verpleeghuis houdt de burgemeester Jansen verantwoordelijk voor een juiste financiering van de specialistische zorg voor zijn cliënten. Op basis van zijn identiteit als netwerker, overtuigt Jansen de burgemeester mee te doen aan een lobby voor een passende vergoeding. Jansen laat zich echter op het punt van de huishoudelijke ondersteuning aan moeilijk bereikbare ouderen niet door de burgemeester op zijn verantwoordelijkheid aanspreken. In dit geval besluit Jansen geen huishoudelijke ondersteuning meer te leveren, ondanks het morele appèl van de burgemeester.

Narratieven van waarden

In het verhaal van bestuurder Jansen komen verschillende waarden naar boven die belangrijk zijn in zijn denken en doen. In Jansens identiteit als beschermer is zorgen voor de kwetsbare mens een centrale waarde. Het kwetsbare in mensen valt hem op en geeft richting aan zijn handelen. Hij wil het menswaardige in de zorg voor deze groep mensen - tegen de druk van de verzakelijking van de zorg in - overeind houden. Hij ziet zijn zorgprofessionals als een cruciale schakel in dit proces. In hun contact met de cliënt geven zij vorm aan de voor hem zo belangrijke “*warme kant*” van de zorg. Mijnheer Jansen is ook bezorgd over de kwetsbaarheid van zijn zorgprofessionals wat hun werkgelegenheid aangaat. Ook hier is zorgzaamheid voor de kwetsbaren een belangrijke waarde. Deze waarden zijn grond voor zijn keuze om juist voor patiënten met de ziekte van Huntington een nieuw zorgconcept te ontwikkelen.

Een andere waarde die in de verantwoordelijkheidsopvatting van Jansen een rol speelt ten aanzien van de mensen die in zijn intramurale instellingen wonen, is solidariteit in de zorg waarbij de schaarse middelen eerlijk verdeeld worden. Deze waarde is verbonden aan zijn identiteit als beschermer en staat centraal in de wens om een vangnet te kunnen zijn voor een ieder die zijn eigen zorg niet meer georganiseerd kan krijgen. Gezien de vergrijzing maakt hij zich daarbij wel zorgen of kwaliteit dan nog haalbaar is. *“Zullen we dan toch maar niet, al is het alleen maar om de handen fysiek weer aan het bed te brengen, grotere instituten gaan bouwen? Het is minder klantvriendelijk, maar exploitatie-technisch levert het voordelen op.”* Op basis van deze waarde stuurt Jansen, in zijn verpleeghuizen aan op het handhaven van een uniform basispakket voor cliënten met dezelfde zorgwaarde.

In zijn rol als ondernemer zijn bij bestuurder Jansen waarden als lef bij het nemen van ondernemersrisico, financiële efficiëntie en innovatie aan de orde. Op grond van financiële efficiëntie neemt hij het besluit om geen huishoudelijke ondersteuning in het buitengebied meer te leveren, omdat hij dit niet als economisch rendabel beschouwt. De ontwikkeling van het gespecialiseerde verpleeghuis voor Huntington-patiënten getuigt van het aandurven van ondernemersrisico. Vanuit zijn rol als ondernemer realiseert hij zich dat marktwerking in de zorg inhoudt dat hij rekening moet houden met wensen van individuele cliënten en maatwerk. Dit is effectief gerealiseerd in zijn

nieuwe gespecialiseerde verpleeghuis, maar het concept is nog niet volledig ontwikkeld in zijn traditionele verpleeghuizen, waar naar zijn mening solidariteit botst met maatwerk.

Open en eerlijk naar elkaar staan, zijn waarden die een rol spelen in zijn relaties met zijn zakelijke partners. Bij de identiteit van netwerker hoort voor Jansen de waarde van vertrouwen. In persoonlijk contact hecht hij waarde aan duidelijke afspraken en het naleven daarvan: *“Dus het was vanzelfsprekend dat wij een samenwerkingsverband afgesproken hebben met woningstichting X, om wonen op topniveau te realiseren.(...). zodat wij ons met onze kernrol als zorgverlener bezig konden houden. (...) Daar zijn echt goede afspraken over gemaakt.”* Bestendige relaties zijn eveneens belangrijk voor Jansen. Deze bestendigheid in langdurige relaties zien we ook terug bij de informele contacten die hij onderhoudt met de mensen waarmee hij al langdurig werkt en in zijn persoonlijke leven, gezien zijn hechte relaties met zijn vrienden. Het belang dat Jansen hecht aan open en betrouwbare relaties staat in contrast met de problemen die hij ervaren heeft met de nationale overheid. Hij kan met de nationale overheid geen persoonlijke relatie aangaan en ziet haar als een onbetrouwbare partij. Het irriteert hem dat de overheid tussentijds de koers verlegt en andere regels instelt, wat de overheid in zijn ogen onbetrouwbaar maakt:

“Maar dan willen we ook alle vrijheid hebben ook. Dat is dan echt marktwerking. Maar niet met de mond belijden en in de praktijk ons van alle kanten knevelen. Dat we alleen maar slikken of stikken. Dan denk ik, dat is gewoon niet fair. (...) Nu leg je alles bij ons weg.”

Narratieven van relaties

Bestuurder Jansen heeft een duidelijk beeld van met wie hij zaken wil doen en wat hij van de ander verwacht. Hij is een zelfstandig ondernemende bestuurder. Hij gaat voor de aan hem voorliggende opgaven relaties aan met stakeholders die hij nodig heeft voor de realisatie van zijn opgaven. Deze contacten liggen extern en zijn gericht op het tot stand brengen van wat hij belangrijk acht en wil realiseren. Zijn identiteit als netwerker maakt het hem mogelijk om gemakkelijk persoonlijke contacten aan te gaan, maar het is zijn identiteit als ondernemer die vanuit een zakelijk perspectief bepaalt met wie hij waarover contact heeft. Zijn medebestuurster en de leden van het Management Team zijn de interne aanspreekpunten. Jansen verwacht van zijn leden van zijn Management Team, zijn financiële controller en de OR dat zij de consequenties en gevolgen van zijn besluiten doordenken, zoals bij de huishoudelijke ondersteuning in de buitengebieden. Jansen neemt zelf het besluit, want daar voelt hij zich als zakelijke bestuurder verantwoordelijk voor. Wat hij van zijn interne contacten verwacht, is feedback op eventuele financiële of zorginhoudelijke gevolgen van dat besluit en een constructieve houding bij de uitvoering.

Bestuurder Jansen verwacht van de overheid dat zij richtinggevend is in hoe de zorg zich moet ontwikkelen. Hij ziet het echter als onduidelijk en diffuus welke koers en richting de overheid beoogt over hoe er in de toekomst

een antwoord gegeven moet worden op de toenemende zorgvraag met steeds schaarsere middelen. Hij neemt dat de overheid kwalijk; dit betekent dat hij niet weet welke keuzes op termijn de juiste zullen zijn en door de overheid financieel ondersteund zullen blijven. Jansen ervaart dit als een groot ondernemersrisico: de overheid laat het gewoon over aan de markt. Om dit dilemma op te lossen, wil Jansen hierover in overleg met het zorgkantoor, het uitvoerende financiële orgaan van de overheid. Hij doet hierbij een beroep op zijn identiteit als netwerker. Het zorgkantoor houdt dat contact echter af: vanuit de taakstelling gaat het zorgkantoor, alleen functioneel, zakelijk contact aan en geeft geen ruimte aan een meer informeel contact, waar bestuurder Jansen waarde aan hecht. Jansen vindt dit storend omdat dit hem in zijn netwerkende rol blokkeert. Hij constateert:

“Wij proberen af en toe met het zorgkantoor om de tafel te komen om het uit te leggen. Maar dat is lastig, omdat het zorgkantoor zegt dat zij, aangezien zij met ons in aanbestedingstrajecten zitten, geen persoonlijk contact met ons kunnen hebben over dergelijke zaken.”

Jansen ervaart de door de overheid opgelegde en door het zorgkantoor ten uitvoer gebrachte regels en zorgprotocollen als directief en bemoeizuchtig. Naar zijn mening ondermijnt dit zijn identiteit als ondernemer te veel. Als hij geconfronteerd wordt met moeilijkheden om de in zijn ogen noodzakelijke zorg gefinancierd te krijgen, voelt hij zich als bestuurder niet serieus genomen; “Het zorgkantoor zegt: “We [red: het zorgkantoor] zijn niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. (...) Wij dicteren de prijs omdat we dat moeten doen vanuit de overheid.” Bestuurder Jansen vindt het zorgelijk dat de zorgfinanciers zich verschuilen achter hun formele verantwoordelijkheid en geen ruimte bieden aan overleg over elkaars verantwoordelijkheid. Hierdoor kan hij niet alleen zijn identiteit als ondernemer maar ook zijn identiteit als netwerker niet volledig benutten.

3.5 Analyse II: Normatieve verwachtingen en spanningen

De normatieve verwachtingen van bestuurder Jansen ten aanzien van zichzelf en van anderen kunnen samenvallen of elkaar zelfs versterken, maar ook met elkaar botsen en dan leiden tot spanningen. Als normatieve verwachtingen conflicteren, doen zich spanningen voor (Walker 1998). Wij zien dit in de casus van bestuurder Jansen op een aantal punten gebeuren. Een schematisch overzicht van zijn identiteit, waarden en relaties is weergegeven in figuur 1; de pijlen in de figuur geven de spanningen weer die zich voordoen.

IDENTITEIT	WAARDEN	RELATIES
Beschermmer	Zorg voor de kwetsbare mens Helpen van de hulpbehoevenden “Warme” menswaardige zorg Solidariteit	Ouderen Huntington patiënten Zorgprofessionals Huntington gespecialiseerde verpleeg- huis medewerkers
Ondernemer	Individualisme/consumentisme Maatwerk in de zorg Innovatie Financiële efficiëntie Risico management	Overheid Verzekeraars/zorgkantoor Woningbouwvereniging Gemeente/Burgemeester MT Controller
Netwerker	Lokale cultureel religieuze waarden; Soberheid Solidariteit Vertrouwen	Publieke samenleving Collega's Lokale overheid/Burgemeester

Figuur 1: Overzicht van Jansens identiteit, waarden en relaties, waarin de pijlen de spanningen weergeven

Spanning tussen de identiteiten van beschermmer en ondernemer

Bestuurder Jansen voelt zich verantwoordelijk voor het waarborgen van aandachtvolle zorg, zoals hij die altijd gekend en gewaardeerd heeft. Deze verantwoordelijkheid is hem niet door het zorgsysteem opgelegd noch door andere partijen uit zijn netwerk, maar is een door hem persoonlijk gevoelde verplichting. Hij voelt zich als persoon verantwoordelijk om in zijn functie als bestuurder iets te betekenen voor kwetsbare mensen die van anderen afhankelijk zijn. Het is een persoonlijke verplichting en duidelijk een product van Jansens sociale en professionele geschiedenis. Het is niet zonder reden dat hij aan de nonnen refereert. De nonnen zijn nog steeds iconen van wat goede zorg met zich mee brengt; devotie en zorgzaamheid die verder gaan dan de vereisten van een moderne contractuele relatie met cliënten. Van zijn werknemers verwacht hij dan ook dat zij de tijd nemen om aandacht te geven aan oudere mensen. Jansen erkent de kwetsbaarheid van ouderen en weet dat zorg een antwoord is op de behoeften van een persoon in een afhankelijk situatie. Deze morele intuïtie brengt ook de notie met zich mee dat zorg meer is dan een contract, dat het voortkomt uit een relatie tussen iemand die hulp nodig

heeft en iemand die in de positie is om die hulp te beantwoorden. Bestuurder Jansen gelooft dat hij hiervoor de juiste condities moet creëren. Tegelijkertijd gaat hij de door het zorgstelsel aan hem toebedeelde nieuwe verantwoordelijkheid niet uit de weg om als ondernemende bestuurder in een open markt zorg aan te bieden.. Hij weet zichzelf daarbij afhankelijk van andere spelers in het veld en hij gaat daartoe verbindingen aan. Toch vindt Jansen tegelijkertijd dat hij opgezadeld is met een tegenstrijdige opdracht. De verwachtingen die hij van zichzelf heeft ten aanzien van het behoud van de warmte in de zorg stellen hem door het heersende ondernemersklimaat voor dilemma's.

“Wij balanceren de hele dag tussen verschillende belangen. Aan de ene kant moeten we resultaatgericht denken alsof wij een business runnen. En we moeten zorgproductie draaien om onze exploitatie rond te krijgen. En aan de andere kant moeten we zorgen voor de mensen die dat zelf niet meer kunnen. Dat spanningsveld is een enorm dilemma.”

Zijn identiteit als ondernemer helpt Jansen initiatief te nemen, getuige de oprichting van het gespecialiseerde verpleeghuis. Om het centrum te realiseren, zoekt hij steun in zijn regionale netwerk. Hij ziet het tot stand komen van een gespecialiseerd verpleeghuis voor Huntington patiënten ook als verantwoordelijkheid van partijen als de lokale overheid, het zorgkantoor en de woningbouwvereniging. Hij is waarde-gedreven in zijn netwerkbenadering, waarbij zijn waarde om zorg te leveren aan de kwetsbaren leidend is. Hij enthousiasmeert de burgemeester en de bestuurder van de woningbouworganisatie mee te denken over een nieuw zorgconcept voor deze categorie patiënten. Spanning treedt op als het zorgkantoor niet bereid is tot een passende vergoeding voor deze patiënten. Jansen wilde persoonlijk contact met het zorgkantoor aangaan, maar de formele afstandelijke houding van het zorgkantoor staat Jansens identiteit als netwerker in de weg. Het zorgkantoor hanteert zakelijke afspraken op basis van door de nationale overheid vastgelegde vergoedingen per zorgcategorie. Het zakelijke perspectief van het zorgkantoor botst met de waarden van Jansen die verbonden zijn aan zijn identiteit als beschermer. Als de burgemeester hem op zijn verantwoordelijkheid als ondernemend bestuurder wijst, komt Jansen tot een oplossing. Dankzij zijn identiteit als netwerker weet hij de burgemeester mee te laten lobbyen voor een passende vergoeding. De spanning tussen Jansens identiteiten werd opgelost doordat hij in staat was om recht te doen zowel aan zijn identiteit als beschermer als aan zijn identiteit als ondernemer, door te vertrouwen op zijn identiteit als netwerker. Hoewel Jansens beschermende en ondernemende rol op gespannen voet met elkaar staan, weet hij toch met dit besluit tot een voor hem bevredigend resultaat te komen. Omdat hij van mening is dat de voorziening van deze zorg de primaire verantwoordelijkheid is van thuiszorgorganisaties, is hij in staat vanuit efficiëntie-oogpunt te besluiten deze zorg niet meer te leveren. Zijn besluit leidt immers niet tot het onthouden van zorg aan hen die dat nodig

hebben, en daarom komen zijn identiteiten van beschermer en ondernemer niet met elkaar in strijd door het besluit.

Bij het bepalen van de koers voor zijn organisatie krijgt bestuurder Jansen zijn identiteit van beschermer en ondernemer niet verenigd. Dit stelt hem voor een dilemma. Twee uiteenlopende waarden betekenen dat hij twee verschillende richtingen kan zien waarin de zorg zich kan ontwikkelen; solidariteit in de zorg, een waarde die voor hem verbonden is aan zijn identiteit als beschermer, of aanvullende dienstverlening op basis van financiële draagkracht, een waarde die hem als ondernemer aanspreekt. Mijnheer Jansen kijkt richting de nationale overheid voor richtinggevende antwoorden. De richting die de overheid in de toekomst beoogt om met de schaarse middelen in de zorg om te gaan, is echter onduidelijk en diffuus. Dit maakt dat hij niet zeker weet welke keuze hij moet maken; hij is niet in staat een keuze te maken hoe te handelen en blijft het als een dilemma ervaren.

Spanning tussen de identiteit als netwerker en de bureaucratie

Bestuurder Jansen gaat graag persoonlijke en informele relaties aan ten dienste van zijn functionele relaties met andere stakeholders. Afhankelijk van de context en de opgaven die zich voordoen, bepaalt Jansen met wie hij een relatie aangaat. Zoals bij het gespecialiseerde verpleeghuis en de huishoudelijke ondersteuning naar voren komt, gaat hij relaties aan op basis van zijn waarden; hij is waarde-gedreven. Spanning treedt op als hij merkt dat de stakeholders met wie hij van doen heeft, andere waarden hanteren en andere verwachtingen van hem hebben. Dit treedt bijvoorbeeld op als de normatieve verwachtingen over de relatie tussen bestuurder Jansen en het zorgkantoor verschillen. Het zorgkantoor voert overheidsregels uit, hanteert zakelijke systeemwaarden en is directief naar bestuurders als het vergoedingen betreft. Bestuurder Jansen wil daarom contact om geleid door zijn waarde om gepaste zorg te leveren aan kwetsbare Huntington-patiënten de impasse te doorbreken.

Voor het zoeken naar verantwoorde investeringsbeslissingen, met een reikwijdte voor de komende 20 tot 25 jaar, voelt Jansen zich afhankelijk van de koers die de vertegenwoordigers van het zorgsysteem, de nationale overheid en de zorgfinanciers de komende jaren uitzetten. De voor hem nieuwe opgave hoe hij zijn zorg- en verpleeginstellingen moet doorontwikkelen, ervaart Jansen als een opgave die hij niet in zijn eentje kan beslechten. Jansen houdt de nationale overheid, inclusief de zorgfinanciers, medeverantwoordelijk voor een toekomstbestendige keuze. Hier conflicteren verwachtingen. Hijervaart spanning door het op afstand staan van deze stakeholders. Hij kan geen relatie met hen aangaan om antwoord te krijgen op zijn dilemma's. Dit druist in tegen zijn rol als netwerker: *"Dat [het zorgkantoor geen persoonlijk contact wil aangaan] vind ik een hele lastige om daarmee om te kunnen gaan"*. Daarbij komt dat in zijn ogen de nationale overheid en de zorgfinanciers onbetrouwbare partners zijn door de frequente stelselwijzigingen die zij doorvoeren. Zijn waarde om relaties op te bouwen op basis van vertrouwen wordt bedreigd. Jansen gebruikt de woorden

“georganiseerd wantrouwen” om de situatie te beschrijven. Spanning ontstaat omdat Jansen door het systeem weerhouden wordt van het inzetten van zijn identiteit als netwerker op de manier waarop hij dat graag zou willen doen. Van hem wordt verwacht dat hij het zorgkantoor als bondgenoot ziet, maar het is juist deze stakeholder met wie hij niet in gesprek kan komen en met wie hij geen interactie tot stand kan brengen.

Mijnheer Jansens narratief laat zien dat er frustratie optreedt als hij vanuit zijn identiteit als ondernemer ervaart dat hij geen volledige handelingsruimte heeft als zorgbestuurder. In zijn streven naar financiële efficiëntie vindt bestuurder Jansen dat hij zeggenschap nodig heeft over zijn zorgproduct en zijn prijsstelling. Bureaucratische beperkingen, zoals zorgprotocollen en prijsindicaties, worden door de nationale overheid opgelegd. In Jansens optiek belemmert de beperkte ondernemersruimte hem om adequaat invulling te geven aan zijn verantwoordelijkheid om zelf de kwaliteit en prijs te bepalen. Dit geeft voeding aan spanning tussen zijn identiteit als beschermer en als ondernemer. Wat Jansen van zichzelf, vanuit zijn rol als beschermer verwacht, conflicteert met wat de nationale overheid en de zorgfinanciers van hem als ondernemer verwachten. Jansens persoonlijke waarden van levering van menswaardige zorg voor hen die dat nodig hebben, botsen met de door de overheid opgelegde systeemwaarden van financiële efficiëntie en controle.

3.6 Discussie

In deze studie hebben wij gefocust op morele dilemma's waarbij waarden en normen ertoe doen, en relevant zijn voor een bestuurder in de ouderenzorg. De theorie van Walker hebben wij als een analytisch hulpmiddel gebruikt om de normatieve verwachtingen die mijnheer Jansen van zichzelf en van anderen heeft, te bestuderen door zijn narratieven van identiteit, waarden en relaties te onderzoeken. De bevindingen laten zien dat deze normatieve verwachtingen congruent kunnen zijn, maar ook kunnen conflicteren en aanleiding kunnen geven tot spanningen. Sommige spanningen kunnen opgelost worden, maar andere blijven.

Bij de casus van het gespecialiseerde verpleeghuis voor de ziekte van Huntington, weet Jansen zijn identiteit van ondernemer en beschermer van de kwetsbare oudere effectief te verenigen, evenals bij de casus van de huishoudelijke ondersteuning. Echter, als het gaat om het omgaan met de spanning tussen het leveren van uniforme zorg voor elke cliënt en de mogelijkheid voor cliënten om extra zorg en service in te kopen, ziet Jansen geen mogelijkheid zijn waarden van solidariteit en van consumentisme in zijn traditionele verzorgingshuizen te laten samengaan. Hij verwacht van de nationale overheid dat deze op dit punt richting geeft, maar die laat dit aan de markt over. In de wetenschappelijke literatuur wordt bevestigd dat met het terugtreden van de overheid uit haar traditionele rol van verzorgingsstaat en het overdragen van verantwoordelijkheden aan het maatschappelijk middenveld, de

verantwoordelijkheden van bestuurders in de zorg diffuser worden (Scheer van der 2007; Stoopendaal 2009).

Bestuurder Jansen laat in zijn verhaal duidelijk zien dat hij het systeem als paradoxaal ervaart, doordat het zowel om ondernemerschap als om trouw aan bureaucratische regels vraagt. Hij heeft er geen moeite mee om ondernemer te zijn, gezien zijn ervaring en lef, en hij durft risico's te nemen. Hij voelt zich echter beperkt in zijn ondernemerschap door de bureaucratie van het systeem dat zijn ruimte om te handelen limiteert. Bureaucratische systeemwaarden, die tot uitdrukking komen in vaste regels, vaste prijzen, zorgindicaties en zorgprotocollen, botsen met zijn identiteit als ondernemer. Tevens staan zij op gespannen voet met zijn waarde van zorgzaamheid voor kwetsbaren mensen. Het systeem dicteert hem dat de zorgfinanciers zijn primaire stakeholders zijn. Het zorgsysteem is paradoxaal in de verwachting dat iemand als Jansen een ondernemer is, terwijl het tegelijkertijd zijn prijs en kwaliteit dicteert en controleert. Dit komt overeen met ander wetenschappelijk onderzoek waarin wordt geconstateerd dat de verantwoordelijkheden, opgelegd vanuit het systeem, daadwerkelijk de interactieve processen beperken met andere partijen die nodig zijn voor sociaal ondernemerschap (Grit 2004; Noordegraaf & Abma 2003; Meurs 1997).

In termen van het aangaan en het toewijzen van verantwoordelijkheden, zijn zorgbestuurders zoals mijnheer Jansen, afhankelijk van anderen. Stakeholders zijn afhankelijk van elkaar en hebben ieder zo hun eigen belangen en verantwoordelijkheden (Grit 2004; Noordegraaf et al. 2004; Scheer van der 2007). De uitkomst van Jansens interpretatie van zijn verantwoordelijkheden is een onderhandelingsproces waarin verantwoordelijkheden gedeeld worden, zoals geïllustreerd in het geval van het gespecialiseerde verpleeghuis. Als resultante van een interactief proces wordt verantwoordelijkheid, en meer specifiek sociale verantwoordelijkheid, geconstrueerd en toegewezen (Abma 2005; Greene 2001; Grit 2004; McQueen 2000; Petrick & Quinn 1997; Schwandt & Burgeon 2006; Stake 2005).

Op basis van zijn identiteit als ondernemer gaat mijnheer Jansen relaties aan met hen die hem kunnen helpen zijn plannen te verwezenlijken. In zijn narratief domineren stakeholders die hij als zakelijke partners beschouwt, zoals de woningbouworganisatie en de burgemeester, en de stakeholders met wie hij vanuit het systeem gedwongen zaken moet doen; de nationale overheid en de zorgfinanciers. De stakeholders op wie zijn identiteit als beschermer gefocust is, de zorgprofessionals en de cliënten, zijn niet betrokken in zijn deliberaties. Evenzo komen stakeholders als de Cliëntenraad, de Raad van Toezicht en de Ondernemersraad niet prominent voor in zijn narratief. Een relationeel, interactief en responsief proces, zoals dat tussen bestuurder Jansen en deze stakeholders zou kunnen ontstaan, wordt ondersteunend beschouwd aan een breder gedragen en geaccepteerde interpretatie en toewijzing van verantwoordelijkheden (Abma 2005; Greene 2001; Walker).

Een beperking van de studie, gepresenteerd in dit hoofdstuk, is dat zij

voornamelijk gericht is op het perspectief van de bestuurder. De perspectieven van twee andere stakeholders die belangrijk zijn in de ogen van de bestuurder (de burgemeester en het zorgkantoor) zijn verwerkt in de case studie, maar er is minder aandacht geweest voor de stakeholders die niet prominent in het verhaal van Jansen naar voren kwamen. Dit kan een vertekend beeld geven en een meer compleet beeld van spanningen met andere stakeholders in de weg staan. De vraag rijst in hoeverre de verwachtingen die de bestuurder heeft van andere stakeholders, in lijn liggen of misschien juist conflicteren met de verwachtingen die de stakeholders van hem hebben. Ook tussen de bestuurder en andere stakeholders kunnen normatieve verwachtingen verschillen en kunnen zich spanningen voordoen (Walker 1998). In dit licht bezien kan aanvullend onderzoek naar het perspectief van deze stakeholders zinvol zijn.

Een tweede punt betreft de externe validiteit. In deze studie hebben wij gekozen voor de presentatie van één casus vanwege het representatieve en het potentiële leervermogen. De intrinsieke kenmerken van de casus hebben het inzicht in de narratieven van bestuurder Jansen verdiept en ons in staat gesteld te achterhalen wat er werkelijk speelt. De resultaten van onze studie zijn niet bedoeld voor generaliserende inzichten of conclusies maar hebben waarde als reflectie- en discussiemateriaal (Abma & Stake 2001; Stake 2005).

3.7 Conclusie

Het narratief van mijnheer Jansen onthult dat normatieve verwachtingen een rol spelen in hoe een bestuurder zichzelf positioneert in een veranderend zorgsysteem. De case studie heeft onderliggende dynamieken en complexiteit blootgelegd en laat spanningen zien die voortkomen uit dit proces van toedelingen van verantwoordelijkheden. Waarden en identiteiten kunnen spanningen oproepen bij de bestuurder zelf, tussen de bestuurder en het systeem en tussen de bestuurder en andere stakeholders. Identiteiten en waarden zijn niet consistent en stabiel, maar openbaren zich als meervormig, complex, fluïde en soms onderling strijdig. Conflicterende identiteiten en waarden kunnen echter niet altijd gecombineerd worden: soms blijven zij in conflict.

Literatuurlijst

- Abma, TA & Stake, RE 2001, 'Stake's Responsive Evaluation: Core Ideas and Evolution', *New Directions for Evaluation*, vol. 2001, no. 92, pp. 7-22.
- Abma, TA 2005, 'Responsive evaluation: Its meaning and special contribution to health promotion', *Evaluation and Program Planning*, vol. 28, no. 3, pp. 279-289.
- Abma, T 2006a, 'Verhalen vertellen en werkelijkheden onderzoeken - Werken met narratieven. Verhalen en dialoog als methoden voor praktijkverbeteringen', *M & O: Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid*, vol. 60, no. 3/4, pp. 71-84.
- Abma, TA 2006b, 'The Practice and Politics of Responsive Evaluation', *The American Journal of Evaluation*, vol. 27, no. 1, pp. 31-43.
- Abma, TA & Stake, RE 2013, 'Science of the Particular. An Advocacy of Naturalistic Case Study in Elderly Care and research' submitted to *Qualitative Health Research*.
- Campen van, C, Draak den, M & Ras, M 2011, *Kwetsbaar alleen; De toename van het aantal alleenwonende ouderen tot 2030*, Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag, The Netherlands.
- Greene, J 2001, 'Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective', *Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice*, vol. 7, no. 2, pp. 181-187.
- Grinten, van der TED 2006 (eds.), *Zorgen om beleid: Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Grit, K 2004, 'Corporate Citizenship: How to Strengthen the Social Responsibility of Managers?' *Journal of Business Ethics*, Vol. 53, No. 1/2, pp. 97-106.
- Guba, EG & Lincoln, YS 1989, *Fourth generation evaluation*, Sage Publications , Newbury Park.
- Jong de, A & Duin van, C (eds.) 2010, *Regionale prognose 2009-2040: Vergrijzing en omslag van groei naar krimp*, Planbureau voor de Leefomgeving, Bilthoven.
- Kvale, S & Brinkmann, S 2009, *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing*, Sage Publications , Thousand Oaks.
- Lieblich, A, Tuval-Mashiach, R & Zilber, T 1998, *Narrative research : reading, analysis and interpretation*, Sage Publications , Thousand Oaks.

McQueen, DV 2000, 'Perspectives on health promotion: Theory, evidence, practice and the emergence of complexity', *Health Promotion International*, vol. 15, no. 2, pp. 95-98.

Meadows, LM & Morse, JM 2001, 'Constructing evidence within a qualitative project', in JM Morse, JM Swanson, & AJ Kuzel (eds.), *The nature of Qualitative Evidence*, Sage, Thousand Oaks, pp. 187-201.

Meurs, PL 1997, 'Nobele wilden: Over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg', Adviseurs voor Organisatiewerk, Driebergen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004, *Wet toelating zorginstellingen*, VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006, *Wet maatschappelijke ondersteuning*, VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010, *Wetstekst Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011, *De patient centraal?*, VWS, Breukelen/Amsterdam.

Noordegraaf, M & Abma, T 2003, 'Management by Measurement? Public Management Practices Amidst Ambiguity', *Public Administration*, vol. 81, no. 4, pp. 853-872.

Noordegraaf, M & Meurs, P 2002, 'Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg', M & O: *Tijdschrift voor Organiseatiekunde en Sociaal Beleid*, vol. 56, no. 3, pp. 22-39.

Noordegraaf, M, Meurs, P & Montijn-Stoopendaal, A 2005, 'Pushed organizational pulls : Changing responsibilities, roles and relations of Dutch health care executives', *Public Management Review* vol. 7, no. 1, pp. 25-43.

Noordegraaf, M, Meurs, P, Stoopendaal, A & Ouwerkerk, C 2004, *Bewegende zorg en zichtbare bestuurders*, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Noordegraaf, M & Stewart, R 2000, 'Managerial Behaviour Research in Private and Public Sectors: Distinctiveness, Disputes and Directions' *Journal of Management Studies*, vol. 37, no. 3, pp. 427-444.

Petrick, JA & Quinn, JF 1997, *Management ethics: Integrity at work*, Sage, Thousand Oaks.

Pollitt, C 2002, 'The New Public Management in International Perspective: An analysis of Impacts and Effects', in K MacLaughlin, SP Osborne & E Ferlie (eds.), *New public management: Current trends and future prospects*, Routledge, London, pp. 274-292.

Putters, K 2009, *Besturen met duivelselastiek*, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Reissman, CK 1993, *Narrative Analysis*, Sage, Newbury Park.

Saltman, RB & Busse, R 2002, 'Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: Theory and practice', in RB Saltman, R Busse & E Mossialos, *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, Open University Press, Buckingham, pp. 3-52.

Saltman, RB & Figueras, J (eds.) 1998, 'MISSING', *Critical challenges for health care reform in Europe*, Open University Press, Buckingham.

Scheer van der, W 2007, 'Is the new health-care executive an entrepreneur?' *Public Management Review*, vol. 9, no.1, pp. 49-65.

Scheer van der, W, Meurs, P & Ngo, D 2007, *Bestuurders in beweging: Ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties*, Rotterdam Erasmus University, Rotterdam.

Schols, JMGA 2008, *Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend?*, Maastricht University, Maastricht.

Schwandt, TA & Burgeon, H 2006, 'Evaluation and the study of lived experience', in NK Denzin & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, 3rd edn, Sage, Thousand Oaks, pp 98-117.

Stake, RE 2004, *Standards-based & responsive evaluation*, Sage, Thousand Oaks.

Stake, RE 2005, Qualitative Case studies, in NK Denzin, & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp 443-466.

Stake, RE 2010, *Qualitative research studying how things work*, The Guilford Press, New York.

Stoopendaal, A 2009, 'Healthcare executives as binding outsiders in fragmented and politicised organisations', *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, vol. 2, no. 2, pp. 184-194.

Walker, MU 1998, *Moral understandings: A feminist study in ethics*, Routledge, New York.

Walker, MU 2002, 'Morality in Practice: A response to Claudia Card and Lorraine Code', *Hypatia*, vol. 17, no. 1, pp. 174-182.

‘Leven is leven in relatie’

Lao-Tse

DEEL II

Dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden

HOOFDSTUK 4

“Zo leunt iedereen weer achterover en verpieteren de mensen thuis”

Toedelingen van verantwoordelijkheden in de ouderenzorg vanuit het perspectief van verschillende stakeholders

L. Van Gastel, K.G. Luijkx, J.M.G.A. Schols, G.A.M. Widdershoven, T.A. Abma

Samenvatting

Door het veranderde ouderenbeleid wordt van ouderen verwacht dat zij langer voor zichzelf zorgen en langer zelfstandig thuis blijven wonen, zo nodig met ondersteuning van familieleden of mensen uit hun directe sociale netwerk. Van bestuurders van oorspronkelijk intramurale instellingen wordt nu verwacht dat zij in afstemming met diverse belanghebbende partijen hun ondersteunende zorgverlening aanpassen aan deze transformerende context. Vanuit een moreel-constructivistische benadering hebben wij aan de hand van open, individuele interviews bestudeerd hoe deze nieuwe toedeling van verantwoordelijkheden betekenis krijgt in interacties tussen belanghebbende partijen. Wij hebben hiervoor een actuele casus onderzocht van een zorgorganisatie in de ouderenzorg die haar primaire intramurale zorgdiensten heeft uitgebreid met huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen. De bevindingen laten zien dat de toedeling van verantwoordelijkheden een dynamisch proces is dat onderhevig is aan situationele gebeurtenissen en onderlinge relationele verhoudingen. Het toedelen van verantwoordelijkheden reikt voor diverse belanghebbenden bovendien verder dan het opvolgen van contractuele verplichtingen. In de casus ontbreekt een gedeeld perspectief op de vraag 'wie zorgt voor wie en op basis waarvan?' Het risico hiervan is dat de behoeften van ouderen in relatie met hun informele zorgverleners uit het oog raken met als gevolg dat verantwoordelijkheden heen en weer geschoven worden, terwijl ouderen van geschikte zorg verstoken blijven. Includerende dialogische processen worden gezien als mogelijk ondersteunend voor een proces naar een gedeeld moreel besef over wat er voor thuiswonende ouderen toe doet; een voorwaarde voor een gebalanceerde verdeling van verantwoordelijkheden.

4.1 Inleiding

Voor veel oudere mensen geldt dat zij vroeg of laat zorg nodig hebben. Wie dan primair voor hun zorg verantwoordelijk is, verschilt per land en cultuur. Binnen de Europese landen zijn grofweg drie verschillende benaderingen te onderscheiden. In Mediterrane landen is het in de wet vastgelegd dat familieleden verantwoordelijk zijn voor de zorg voor hun ouders. In Centraal- en West-Europese landen zijn eveneens de familieleden de eerst aangewezenen om zorg te leveren maar hebben ouderen, als de zorgbehoefte erg complex is, recht op ondersteuning vanuit publieke voorzieningen. In Scandinavische landen ligt de verantwoordelijkheid voor zorg voor ouderen primair bij de publieke sector, zoals tot nu toe ook in Nederland het geval was (Blackman 2000; Bettio and Plantenga 2004; Sociaal en Cultureel Planbureau 2007; Sundström & Johansson 2005).

Vanaf 2006 is de Nederlandse ouderenzorg in een transitiefase waarbij de verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen geleidelijk aan verschuift van een benadering volgens het Scandinavische model naar de Continentale benadering (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005; 2006; Schäfer et al. 2010). Om deze transitie mogelijk te maken heeft de overheid verschillende maatregelen genomen. Alleen als zorg door familie of het directe netwerk tekortschiet, hebben ouderen nog recht op publieke zorgdiensten. Daarbij zijn de zorg en financiering veranderd van een primair aanbodgerichte naar meer vraaggerichte zorg waarbij competitie tussen zorgaanbieders gestimuleerd wordt. Tevens heeft de overheid de verantwoordelijkheid voor ouderen voor een deel gedelegeerd naar de lokale overheden, de gemeenten. Gemeenten zijn wettelijk verantwoordelijk geworden voor het regelen en financieren van ondersteuning voor thuiswonende ouderen (VWS 2006). De landelijke overheid blijft verantwoordelijk voor de indicatie en financiering van persoonlijke verzorging van ouderen thuis, die zij door het Centraal Indicatiestellingorgaan Zorg (CIZ), zorgkantoren en zorgaanbieders laten uitvoeren. De onderlinge verhoudingen tussen lokale en nationale overheid, zorgaanbieders en cliënten zijn hiermee wezenlijk veranderd. Omdat deze veranderingen stapsgewijs geïntroduceerd worden en het systeem nog niet in zijn volledigheid is geïmplementeerd, kan gesteld worden dat de Nederlandse ouderenzorg in transitie is (Schäfer et al. 2010).

In deze veranderende context hebben zorgaanbieders niet alleen een grotere vrijheid van handelen maar ook een grotere verantwoordelijkheid toebedeeld gekregen om in hun zorg voor ouderen tevens bij te dragen aan deze transitie. Dit speelt in een maatschappelijk krachtenveld met belanghebbende partijen als cliënten en hun naasten, hun vertegenwoordigers zoals cliëntenraden, concurrerende zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en de nationale overheid. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij effectief en maatschappelijk verantwoord hun zorg aanpassen aan de nieuwe context en dat zij samen met vertegenwoordigers van de belanghebbende partijen (in deze studie aangeduid als de stakeholders) in de praktijk nieuw moreel denken en

handelen ontwikkelen om de ingezette transitie te ondersteunen en eraan invulling te geven. Uit onderzoek blijkt dat zorgaanbieders worstelen met deze nieuwe rol. Bij de heroriëntatie op hun verantwoordelijkheden en hoe deze in samenhang met andere stakeholders in te vullen, vinden zij weinig ondersteuning van bestaande bestuursmodellen die zich vooral kenmerken door financiële en prestatiegerichte sturingssystemen. Deze modellen staan te ver af van de veranderde complexe context waar de ouderenzorg zich momenteel in bevindt. Meer inzicht is gewenst in hoe de veranderingen in de ouderenzorg door zorgaanbieders en andere stakeholders gepercipieerd worden en wat dit feitelijk betekent voor de heroriëntatie op hun verantwoordelijkheden (Noordegraaf & Stewart 2000; Putters 2009; Scheer van der 2007).

Daarom bestuderen wij een ontwikkeling in de transitie naar ‘langer thuis wonen en thuis verzorgen van ouderen’, een blijvend actueel thema in de ouderenzorg. Wij exploreren in deze studie de perspectieven van de bestuurder van zorgorganisatie Waterland (pseudoniem) en andere stakeholders, op een door de bestuurder aangedragen en voor zijn organisatie actuele en relevante casus. De casus betreft de uitbreiding van de intramurale zorgdiensten van Waterland, een van oudsher intramurale organisatie in de ouderenzorg, met huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Deze casus is interessant omdat inmiddels gebleken is dat de door Waterland geleverde ondersteuning onrendabel is voor ouderen die in afgelegen en daardoor moeilijk bereikbare gebieden wonen, hetgeen mogelijk een heroriëntatie op verantwoordelijkheden teweegbrengt. Wij stellen ons in het licht van deze casus de vraag hoe de bestuurders en stakeholders van Waterland de veranderingen in de zorg ten aanzien van thuiswonende ouderen ervaren en wie in hun optiek zich verantwoordelijk voelt, of zou moeten voelen voor de ondersteuning voor thuiswonende ouderen, en specifiek voor hen die in afgelegen gebieden wonen en lastig bereikbaar zijn.

We hebben voor deze casus gekozen omdat het een breder in de maatschappij aanwezig actueel vraagstuk betreft voor van oudsher intramurale zorgaanbieders of en hoe zij hun activiteiten kunnen uitbreiden met vormen van ondersteuning aan thuiswonende ouderen. Bovendien geeft de casus ons de mogelijkheid om de diversiteit aan perspectieven op de toedeling van verantwoordelijkheden dienaangaande te bestuderen zodat de lezer, en vooral ook zij die zelf bij de huidige transitie van de ouderenzorg betrokken zijn, zoals politici, beleidsmakers en bestuurders, erop kunnen reflecteren en ervan kunnen leren (Stake 2010), waardoor uiteindelijk de zorgpraktijk zal verbeteren. Ondanks het feit dat de casus op dit moment wellicht anders opgelost zou worden, is deze toch interessant omdat hij laat zien hoe diverse stakeholders met verantwoordelijkheden omgaan als zij geconfronteerd worden met veranderingen in de situatie.

4.2 Theorie en methode van onderzoek

Wij hebben de casus onderzocht aan de hand van verhalen van de bestuurder van Waterland en veertien belanghebbende partijen, hierna aangeduid met stakeholders. Stakeholders zijn partijen die van belang zijn voor en belang hebben

bij het object van studie, in dit geval de zorg aan ouderen. Om recht te doen aan de complexiteit van de context en met een minimum aan interventieruimte te geven aan de persoonlijke perspectieven op verantwoordelijkheids-toedelingen van degenen die wij onderzoeken, hebben wij de methode gebruikt van een naturalistische case studie, met behulp van individuele interviews (Stake 2006; 2010). Wij hebben de casus vanuit een moraal-constructivistische benadering bestudeerd omdat deze benadering vooral geschikt is voor het bestuderen van situaties waarin waarden en normen veranderen en nieuw moreel denken en handelen in de praktijk ontwikkeld wordt (Abma et al. 2010; Landeweer et al. 2011, Walker 1998)

Er is gebruik gemaakt van open ongestructureerde individuele interviews met het karakter van een natuurlijke conversatie waardoor de betekeniscontext en de persoonlijke verhalen waarin morele constructies over verantwoordelijkheids-toedelingen opgesloten liggen, geleidelijk inzichtelijk worden (Corbin & Strauss 2008; Stake 2006; 2010). Door de keuze voor deze open manier van converseren, heeft de geïnterviewde de mogelijkheid om die onderwerpen naar voren te brengen die er voor hem of haar toe doen en om vanuit persoonlijk perspectief betekenis te geven aan de eigen situatie. Op basis van suggesties van de bestuurder van Waterland hebben wij gekozen voor stakeholders die in de voorliggende casus relevant zijn en met elkaar bestaande werkrelaties onderhouden. Dit om bij de bestudering van hun perspectieven recht te kunnen doen aan het relationele aspect in hun verantwoordelijkheids-constructies. Het aantal van en diversiteit tussen de stakeholders is gekozen om de mogelijkheid te hebben voor intensieve studie naar mogelijke pluraliteit in werkelijkheidsconstructies (Stake 2006) waarbij erop gelet is dat in ieder geval de zorgaanbieder, de overheid, de zorgfinancier en de cliënt vertegenwoordigd waren. Een overzicht van de aan het onderzoek deelnemende stakeholders is opgenomen in tabel 1. De gehanteerde namen zijn pseudoniemen.

BIJ HET ONDERZOEK BETROKKEN STAKEHOLDERS

Bestuurders Waterland

Bestuurder Jansen	Dhr. Jansen
Mede-bestuurder	Mevr. Terbraak

Vertegenwoordigers organisatie Waterland

Secretaris bestuur	Dhr. Schaap
Controller	Dhr. Meeus
Manager facilitaire dienst	Dhr. Goeree
Divisiemanager verzorgingshuis en extramuraal	Mevr. Beer
Divisiemanager verpleegzorg	Mevr. Gaai
Divisiemanager behandeling en begeleiding	Dhr. Lange
Hoofd medische dienst	Dhr. Zand
Voorzitter OR	Dhr. Pietersen

Vertegenwoordigers cliënten

Voorzitter lokale cliëntenraad	Dhr. Moons
Voorzitter centrale cliëntenraad	Dhr. Smits
Directeur Stichting Welzijn Ouderen	Dhr. Zuylen

Vertegenwoordigers overheid/financiers

Accountmanager zorgkantoor	Mevr. Zoons
Burgemeester zorggebied/ portefeuille volksgezondheid	Dhr. Ooms

Tabel 1: In het onderzoek betrokken stakeholders

Tijdens de interviews heeft de interviewster (eerste auteur) een luisterende houding aangenomen en het verhaal van de geïnterviewde zo min mogelijk onderbroken om zijn/haar beleavingswereld zo goed mogelijk te begrijpen (Kvale & Brinkmann 2009). Elk interview startte met een open vraag naar hoe de geïnterviewde vanuit het eigen perspectief de veranderingen rond de zorg voor thuiswonende ouderen ervaart en wat deze veranderende context voor hem of haar betekent. Het interview werd verdiept op de momenten waarop de interviewster de werkelijkheid van de geïnterviewde beter wilde begrijpen, en tevens om het gesprek gericht te houden op het onderwerp van onderzoek. Hoofditens van het interview waren respectievelijk: het perspectief van de geïnterviewde op de ingezette transitie naar het langer thuis wonen en daarbij het ondersteunen van ouderen thuis; en het perspectief op wie zich voor de ondersteuning van thuiswonende ouderen verantwoordelijk voelt of zou moeten voelen, en dan specifiek voor ouderen die in moeilijk bereikbare gebieden wonen. De interviews zijn allemaal gehouden op de dagelijkse werkplek van de geïnterviewden zodat zij zich in hun eigen omgeving vertrouwd en comfortabel konden voelen, een voorwaarde om openhartig te kunnen zijn (Kvale & Brinkmann 2009). Ter voorbereiding van de interviews heeft de interviewster gebruik gemaakt van algemene, aanvullende openbare informatie over de organisaties van de in het onderzoek betrokken organisaties, beleidsnota's van nationale en lokale overheden, berichtgevingen in de media en op websites over de transities in de ouderenzorg en over de organisaties van de in het onderzoek betrokken stakeholders. Tevens is gebruik gemaakt van een logboek waarin opgetekend is wat de interviewster opviel aan gedragingen en lichaamstaal die illustratief waren voor het persoonlijke perspectief van de geïnterviewden gerelateerd aan de onderwerpen van onderzoek. Alle gesprekken zijn na toestemming van de geïnterviewden volledig opgenomen en verbatim uitgewerkt.

De transcripten van de interviews zijn in eerste instantie geanalyseerd volgens een narratieve benadering (Feldman 2004; Reissman 1993). In deze benadering wordt naast de door de stakeholders naar voren gebrachte inhoud ook gelet op de plotstructuur en de wijze van spreken, het woordgebruik, de wijze van uitdrukken, het gebruik van metaforen en de opbouw van het verhaal waarvan herhalingen van onderwerpen en het gebruik van voorbeelden onderdeel uitmaken. Deze taalkenmerken helpen normatieve verwachtingen ten aanzien van de door hen ervaren opgaven en verantwoordelijkheidsopvatting te herkennen en te begrijpen (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998; Verkerk & Widdershoven 2005; Walker 1998). Om de perspectieven van de bestuurders op hun toedelingen van verantwoordelijkheden nader te kunnen bestuderen, is gebruik gemaakt van de theorie van filosofe en constructiviste Margret Walker (Walker 1998). Walker benadert vanuit een zorgethisch perspectief het denken en handelen van betrokkenen als een verantwoordelijkheidspraktijk waarin betrokkenen in relatie met elkaar op basis van hun normatieve verwachtingen elkaar verantwoordelijkheden toe delen. Hierbij legt zij de nadruk op waar

iemand zich verantwoordelijk voor voelt, zoals dit zich voortdurend in relatie met de ander ontwikkelt, in tegenstelling tot de situatie waarvoor iemand vanuit een juridische duiding verantwoordelijk is. Zij vat toedelingen van verantwoordelijkheden op als een relationele dynamische praktijk, geplaatst in de eigen dagelijkse context. Zorg beschouwt Walker daarbij als een verantwoordelijkheidspraktijk waarin betrokkenen in relatie met elkaar en op basis van hun normatieve verwachtingen, omringd door opgelegde en verkozen verplichtingen, zichzelf en elkaar verantwoordelijkheden toedelen. De focus ligt meer op waar iemand zich verantwoordelijk voor voelt dan waar iemand verantwoordelijk voor is in de juridische zin. Narratieven ziet Walker als een belangrijke bron voor het verkrijgen van inzicht in de normatieve verwachtingen, die aan de basis liggen van het proces van toedelen, accepteren of verwerpen van verantwoordelijkheden. Ze maakt onderscheid tussen narratieven van identiteit die tot expressie brengen hoe wij ons zelf en anderen begrijpen; narratieven van relaties die verduidelijken wie belangrijk voor ons zijn, hoe wij ons tot hen verhouden en wat wij van hen verwachten en aan hen verschuldigd zijn; en narratieven van waarden die vertellen welke fundamentele motieven aan de basis liggen van ons handelen, welke waarden er in de eigen situatie toe doen en waar zich discrepanties voordoen. Door bestudering van de narratieven van geïnterviewden en de spanningen in normatieve verwachtingen die daarin naar voren komen, ontstaat inzicht in hoe en met welke dynamiek betrokkenen in relatie met elkaar, alsook op basis van hun normatieve verwachtingen, en omringd door opgelegde en verkozen verplichtingen, zichzelf en elkaar verantwoordelijkheden toedelen. Betrokkenen beschouwen wij hierbij als morele subjecten die - gebaseerd op hun ervaring en ingebed in interactie met anderen - behoefte aan zorg en de verantwoordelijkheid om aan die behoefte tegemoet te komen, interpreteren, begrijpen en vormgeven (Tronto 1993; Verkerk 1994; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009).

Om de betrouwbaarheid van de analyses te verhogen, zijn deze in eerste instantie door de eerste onderzoekster (de eerste auteur) en een tweede onderzoekster (de zogenaamde interrator en tevens tweede auteur) afzonderlijk van elkaar uitgevoerd en daarna met elkaar besproken. De eerste auteur, die ook de interviews heeft gehouden, bracht daarbij nadrukkelijk haar bevindingen opgetekend in het logboek in, om de analyses tegelijkertijd te verrijken en nader te verifiëren. Om de geloofwaardigheid van de analyses te vergroten zijn de analyseverslagen aan de geïnterviewden voorgelegd. Hun is gevraagd of zij zich in de analyses en interpretaties herkenden, de zogenaamde member-check procedure (Meadows & Morse 2001). Alle geïnterviewden hebben ingestemd met hun analyseverslag. Vervolgens zijn de onderzoeksresultaten met de andere medeauteurs zo vaak als nodig besproken om te komen tot overeenstemming in de bevindingen over de perspectieven op verantwoordelijkheids-toedelingen, over de dynamiek in dit proces en over de daaraan ten grondslag liggende waarden. Tevens heeft dit proces van uitdieping van verschillende perspectieven plaatsgevonden om recht te doen aan de stakeholders, de interne validiteit en om eenzijdige interpretaties en vertekening of vooroordelen te voorkomen.

De bevindingen van onze studie zijn niet bedoeld om er generalistische conclusies uit te trekken, maar als reflectiemateriaal die ook kan worden overgedragen naar de eigen context van (Abma & Stake 2001). Om deze overdraagbaarheid te ondersteunen presenteren wij, in navolging van Walker, rijke beschrijvingen van de perspectieven van de stakeholders om bewustwording van contrasterende, moreel geladen toedelingen van verantwoordelijkheden te ondersteunen teneinde deze beter te kunnen begrijpen alsook om hiermee reflectie op en dialoog over verantwoordelijkheids-toedelingen te bevorderen in deze periode van transitie waarin de ouderenzorg zich bevindt.

4.3 Resultaten

In deze sectie presenteren wij onze bevindingen. Eerst beschrijven wij kort de *context van de casus* met daarop volgend de paragrafen ‘*introductie op de casus: Waterland start huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen*’ en ‘*vervolg op de casus: Waterland kampt met onrendabele huishoudelijke ondersteuning voor ouderen die ver weg wonen*’ waarin wij de perspectieven presenteren op onze vraag hoe de transitie in de zorg ten aanzien van thuiswonende ouderen door de respondenten (de bestuurder en andere stakeholders) ervaren worden, en wie in hun optiek zich verantwoordelijk voelt of zou moeten voelen voor ondersteuning van thuiswonende ouderen. Wij eindigen de sectie met twee paragrafen waarin wij eerst onze analyse presenteren van het proces van toedelingen van verantwoordelijkheden en vervolgens van het waarde-geladen karakter van dit proces.

Context van de casus

De casus rond de zorg voor thuiswonende ouderen speelt zich af in een voor Nederland karakteristiek rivierengebied waar land en water elkaar afwisselen. Ouderen wonen in en om verspreid liggende kerkdorpen en soms op door water gescheiden, moeilijk bereikbare plekken. Zorgorganisatie Waterland wordt bestuurd door de heer Jansen en mevrouw Terbraak. Samen zijn zij verantwoordelijk voor ongeveer 600 cliënten, 1200 medewerkers en 500 vrijwilligers. In eerste instantie leverde Waterland alleen intramurale zorg voor ouderen die niet meer in hun eigen zorgbehoefte kunnen voorzien. Met de intrede van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) is dit veranderd (VWS 2006). De gemeente Bergsem (pseudoniem), waarin het zorggebied van Waterland ligt, krijgt bij wet de verantwoordelijkheid om ouderen te ondersteunen om langer thuis te kunnen blijven wonen. In navolging van deze verantwoordelijkheid start een aanbestedingsprocedure en geeft de gemeente de in hun gemeente werkende zorgorganisaties, waaronder Waterland, de mogelijkheid om een offerte uit te brengen voor huishoudelijke hulp aan thuiswonende ouderen. De bestuurders van Waterland besluiten om een offerte in te dienen en maken een inschatting van de hoeveelheid en aard

van de te verlenen ondersteuning die door de gemeente in de loop van de tijd afgenomen zal worden ten behoeve van deze groep ouderen. Hoewel Waterlands zorgprofessionals relatief duur zijn voor eenvoudige huishoudelijke werkzaamheden, bieden zij deze ondersteuning toch aan. Ervaringscijfers van vóór de komst van de Wmo laten zien dat eenvoudige huishoudelijke ondersteuning een gering percentage uitmaakte van de totale ondersteuning die door ouderen gevraagd werd. Waterland schat in dat uiteindelijk ook aan hen gevraagd zal gaan worden om meer complexe huishoudelijke ondersteuning te leveren. Met het oog op deze mogelijke uitbreiding dient Waterland de offerte bij de gemeente Bergsem in voor de voor hen nieuwe activiteit van het leveren van (eenvoudige huishoudelijke) ondersteuning van thuiswonende ouderen. De offerte wordt door de gemeente gehonoreerd.

Introductie op de casus: Waterland start huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen

Met het leveren van huishoudelijke hulp aan thuiswonende ouderen handelt het bestuur van Waterland in lijn met de verwachtingen van de overheid om ouderen te ondersteunen bij het langer thuis wonen. Bestuurder Jansen neemt dit besluit omdat hij van zichzelf verwacht een bijdrage te kunnen leveren aan de zorg voor kwetsbaren in de maatschappij, of deze nu nog thuis wonen of in een verzorgings- of verpleeghuis opgenomen zijn; *“zodat zij [de kwetsbare cliënten] als zij niet meer in staat zijn om regisseur te zijn van hun leven, dan nog in staat zijn positieve keuzes te maken.”* Daarnaast handelt hij vanuit een zakelijke verantwoordelijkheid om met deze nieuwe activiteit de concurrentiepositie van Waterland ten opzichte van andere zorgaanbieders te versterken. Zijn medebestuurder Terbraak ondersteunt Jansens besluit. Wel is zij beducht voor de financiële gevolgen vanuit haar verantwoordelijkheidsgevoel voor de werkgelegenheid van haar medewerkers. Zij zegt hierover: *“Ik voel me erg verantwoordelijk voor de werkpositie van 1200 medewerkers. Dus als ik niet mijn best doe, en we gaan failliet, dan staan er 1200 mensen op straat.”* Het bestuur krijgt voor dit besluit steun van de interne stakeholders. De secretaris van het bestuur, de controller en de manager facilitaire zaken hechten belang aan het financieel gezond houden van hun organisatie. De controller vindt hierbij belangrijk dat Waterland realistische zorg belooft en beloftes over toegezegde zorg nakomt. Het nakomen van dat wat je aan zorg beloofd hebt speelt voor de manager Facilitaire Zaken, zoals hij verwoordt: *“Je gaat een verbinding aan met de cliënt en die cliënt met jou, en die moet dan op zaken kunnen rekenen.”* Hij verwacht daarbij wel van zijn bestuurders dat zij nieuwe ontwikkelingen zorgvuldig afwegen op eventuele negatieve financiële gevolgen.

Het uitbreiden van de intramurale zorg van Waterland met levering van huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen ligt verder in lijn met de verwachtingen die de zorgfinanciers, de gemeente en het zorgkantoor hebben van - van oudsher - intramurale zorgaanbieders. De burgemeester voelt zich als vertegenwoordiger van de gemeente verantwoordelijk voor een

goede spreiding van de zorg en dienstverlening over het hele zorggebied. De vertegenwoordigster van het zorgkantoor juicht de ontwikkelstap van Waterland richting het leveren van huishoudelijke ondersteuning toe, alhoewel deze ondersteuning niet door haar organisatie gefinancierd wordt. Maar haar organisatie is voorstander van innovaties en stimuleert dat, waar mogelijk zelfs met prijsprikkels, om door goede ondersteuning thuis het gebruik van intramurale voorzieningen zo veel mogelijk te beperken.

Ook de andere stakeholders zijn voorstander van het ondersteunen van ouderen bij het zo lang mogelijk thuis wonen, maar niet noodzakelijk van de ontwikkelingsrichting die Waterland in dit geval kiest. De voorzitter van de lokale Cliëntenraad, die vanuit zijn wettelijke taak een intern gericht cliëntenperspectief vertegenwoordigt, wijst de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van thuiswonende ouderen niet aan Waterland toe, maar aan familieleden op basis van respect dat kinderen naar hun ouders behoren te hebben en daarmee de plicht hen te verzorgen. Ook de voorzitter van de Centrale Cliëntenraad vindt het een goede ontwikkeling dat ouderen langer thuis worden ondersteund, maar betwijfelt of je dat alleen over kunt laten aan familie, en verwoordt dit aldus: *“De maatschappij heeft steeds vaker geen tijd meer; vroeger was het heel normaal om voor opa of oma te zorgen.”* Omdat hij van mening is dat iedereen recht op ondersteuning heeft, dus thuiswonende ouderen net zo goed als ouderen die gebruik maken van intramurale zorg, wijst hij de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van hen toe aan de overheid. Ook de divisie manager verzorgingshuis en extramuraal betwijfelt of de allocatie van verantwoordelijkheden door de overheid aan familieleden om voor hun ouders te zorgen wel reëel is. Zij doet dit op basis van haar persoonlijke ervaringen met het combineren van haar verantwoordelijkheid voor haar gezin, haar werk en zorg voor haar ouders; *“Ik wil best mantelzorger zijn, maar dan alleen op zondagmiddag”*. Aan ouderen wijst zij een verantwoordelijkheid toe om zelf financieel bij te dragen aan hun zorg.

Bij de stakeholders spelen nog twee punten van zorg; het ontstaan van crisissituaties en eenzaamheid bij ouderen die thuis blijven wonen. Het hoofd medische dienst maakt zich zorgen over de crisissituaties die kunnen ontstaan als ouderen te lang thuis blijven wonen, en is van plan spreekuren voor ouderen te starten om hen in een zo vroeg mogelijk stadium in de gaten te kunnen houden. Ook de voorzitter van de stichting welzijn voor ouderen maakt zich zorgen over het vaak laat constateren van problemen bij zelfstandig wonende ouderen. Hij zegt hierover: *“Op het moment dat het crisis is, is het te laat. (...) Ik zie soms mensen waarvan ik zeg: “Die hadden al lang opgenomen moeten worden”*. Hij wijst zichzelf een verantwoordelijkheid toe in het realiseren van ontmoetingsmogelijkheden voor ouderen. Vroegtijdig contact met nog thuiswonende kwetsbare ouderen en bestrijding van hun eenzaamheid, zijn voor hem belangrijk. Ook voor de burgemeester is het vereenzamen van ouderen een punt van zorg. Hij verwacht van partijen als casemanagers, huisartsen,

familieleden en zorgorganisaties, betere samenwerking om tot oplossingen hiervoor te komen.

Samenvattend wordt door de stakeholders het starten met de levering van huishoudelijke ondersteuning door Waterland gezien als een ontwikkeling passend bij de huidige transitie binnen de ouderenzorg. Wel zijn er zorgen. Zakelijk zijn er zorgen over de financiële consequenties van de nieuwe activiteit en zorgen of gemaakte toezeggingen nagekomen kunnen worden over welke zorg of ondersteuning geleverd zal worden. Zorginhoudelijk zijn er zorgen over vereenzaming van thuiswonende kwetsbare ouderen en over de toename van de kans op crisissituaties door het in een te laat stadium signaleren van benodigde ondersteuning en zorg voor hen. Aan de haalbaarheid van de aanname van de overheid dat familieleden ouderen wel zullen ondersteunen bij het langer thuis wonen, wordt getwijfeld.

Vervolg van de casus: Waterland kampt met onrendabele huishoudelijke ondersteuning voor ouderen die ver weg wonen

Met de invoering van de Wmo wordt ook een bezuiniging op het budget voor huishoudelijke hulp doorgevoerd. Gemeenten anticiperen op deze veranderingen door de tarieven voor eenvoudige huishoudelijke ondersteuning te verlagen tot tarieven die geënt zijn op ondersteuning door lager geschoolden zonder zorgervaring. Dit geldt ook voor de gemeente Bergsem. Waterland ziet zich geplaagd voor het inlossen van haar contractuele verplichtingen door levering van eenvoudige huishoudelijke hulp zorgprofessionals die relatief duur zijn voor dit soort werkzaamheden. Een bijkomstig probleem waar men eerder niet bij stil had gestaan, zijn de lange reistijden van de medewerkers naar ouderen die ver weg en op moeilijk bereikbare plaatsen wonen. De bovengemiddelde reistijd blijkt niet extra vergoed te worden. Het gevolg is dat Waterland substantieel geld moet toeleggen op deze nieuwe extramurale activiteit. Na enige tijd zijn de verliezen dusdanig opgelopen dat bestuurder Jansen overweegt te stoppen met het leveren van huishoudelijke ondersteuning voor mensen die ver weg wonen.

Bestuurder Jansen verwacht derhalve van de gemeente dat zij haar tarieven bijstelt: *“Wij leggen de verantwoordelijkheid terug bij de gemeente.”* De gemeente accepteert de aan hen toebedeelde verantwoordelijkheid niet en houdt Jansen aan zijn leveringsplicht tegen de tarieven zoals die zijn vastgelegd. Hoewel hij zich verantwoordelijk voelt voor het dragen van zorg voor kwetsbare ouderen, ook als zij ver weg wonen, besluit Jansen toch, vanuit zakelijk perspectief, te stoppen met het verlenen van extramurale huishoudelijke hulp; *“Als de gemeente niet bereid is naar ons te luisteren om ons een reële prijs te bieden, dan gaan we ermee stoppen.”* Zijn gevoel voor rechtmatigheid maakt dat hij de verliezen op de huishoudelijke ondersteuning bij ver weg wonende ouderen niet wil compenseren met inkomsten gegenereerd uit zijn intramurale zorgdiensten. In zijn woorden: *“Het wil niet zeggen dat we nu van mensen aan het bed geld afnemen om gemeentelijke activiteiten te gaan sponsoren”. Daar ben ik heel principieel in.”* Zijn

medebestuurder ondersteunt zijn besluit. Zij hecht waarde aan levering van zorg die ook betaald wordt, wat ook nodig is om de werkgelegenheid van haar medewerkers te kunnen garanderen. Het belang dat zij hecht aan bescherming van de werkgelegenheid en daarmee aan reële tarifiering door de gemeente deelt zij met Jansen die hierover zegt: *“Dan denk je, ja, we hebben mensen die al 20 jaar bij ons in dienst zijn. En die moeten wij dan ontslag aanzeggen. Collectief een paar honderd man op straat. (...) dat kan toch niet waar zijn?”*. Jansen negeert met dit besluit de contractuele verplichting huishoudelijke hulp te leveren tegen een (te) laag tarief en legt de verantwoordelijkheid voor ondersteuning voor deze groep thuiswonende ouderen terug bij de gemeente.

Meeus, de controller, acht evenals zijn bestuurder de gemeente verantwoordelijk voor het oplossen van het financiële vraagstuk waarmee Waterland te maken heeft gekregen. Hij is van mening dat cliënten recht op zorg hebben en verwacht van de gemeente dat zij dit regelt op basis van de aan haar bij wet toebedeelde verantwoordelijkheid. Ook verwacht hij dat de gemeente de tarieven bijstelt. Hij zegt hierover: *“Als je de zorg tegen te lage tarieven blijft leveren, dan val je vanzelf om en kan je die zorg toch ook niet meer verlenen.”* Over het besluit met deze ondersteuning voor ouderen thuis te stoppen zegt hij: *“En zo leunt iedereen weer achterover en verpieteren de mensen thuis en zitten we met z’n allen te wachten tot ze opgenomen moeten worden.”*

De vertegenwoordiger van de OR ondersteunt het besluit te stoppen met ondersteuning voor thuiswonende ouderen, omdat dit recht doet aan de verwachting die de medewerkers van hem hadden om iets te betekenen voor hun gevoel van onveiligheid als zij naar ver weg gelegen gebieden moeten reizen. Hoewel hij aangeeft dat het eigenlijk niet zou moeten kunnen dat *“we mensen weigeren omdat zij aan de andere kant van het water wonen”* is hij voor de medewerkers blij als het leveren van zorg stopt aan mensen die ver weg en afgelegen wonen. De divisie manager verzorging en extramuralisering is het ook eens met het besluit. Zij legt de verantwoordelijkheid voor de onrendabele thuiszorg bij de ver weg wonende ouderen zelf, in de verwachting dat zij accepteren dat het aan hen leveren van ondersteuning en zorg binnen gestelde reistarieven niet mogelijk is. Zij zegt hierover: *“Ik vind eigenlijk dat de cliënt zelf verantwoordelijk is. Want als je in zo’n uithoek wilt wonen als je oud bent. (...) Ik vind dat mensen hier toch ook wel een verantwoordelijkheid in hebben”*. Het hoofd medische dienst blijft zichzelf verantwoordelijk voelen om in een vroegtijdig stadium in contact te komen met kwetsbare ouderen, of deze mensen nu ver weg wonen of niet. Hij verwacht niet alleen van zichzelf daarbij een proactieve houding, maar verwacht dit van een ieder die in contact staat met kwetsbare ouderen, zoals bijvoorbeeld de huisartsen. De voorzitter van de Lokale Cliëntenraad illustreert zijn standpunt dat hij het eens is met het besluit te stoppen met de onrendabele reistijden met de woorden *“Mijn stelling is: als het grote afstanden zijn, dan moet je er niet aan beginnen”*. Hij wijst de zorg voor ouderen opnieuw toe aan de familie en wijst aan iedereen de verantwoordelijkheid toe om zelf te sparen voor de zorg als zij nog jong zijn.

Andere stakeholders blijven hun eigen bestuurder(s) verantwoordelijk houden voor het leveren van huishoudelijke ondersteuning voor ouderen thuis. De divisie manager Verpleging verwacht hierbij dat het bestuur de onrendabele reistijden compenseert met inkomsten uit rendabele activiteiten. *“Zorg naar eer en geweten”* staat zij voor, waarbij zij het bestuur verantwoordelijk houdt voor een goede mix tussen onrendabele en rendabele activiteiten. De divisie manager Behandeling en Begeleiding verwacht dat het bestuur ondernemender is in het rendabel maken van de ondersteuning van thuiswonende ouderen door intensievere samenwerking met huisartsen over zorgsignalering voor kwetsbare ouderen. De voorzitter van de Centrale Cliëntenraad hecht waarde aan het recht op ondersteuning voor alle ouderen, ongeacht waar zij wonen, en hij houdt de bestuurder eveneens verantwoordelijk voor het leveren daarvan. Ook de directeur Stichting Welzijn Ouderen deelt aan de bestuurders van Waterland verantwoordelijkheid toe op basis van het primaire principe van recht op zorg. Onrendabele reisafstanden ontslaan bestuurders in zijn ogen niet van die verantwoordelijkheid, hetgeen hij illustreert met de woorden: *“Een zorgaanbieder is de eerste verantwoordelijke om de zorg voor een cliënt te leveren. En als ze de zorg niet kunnen leveren, dat ze dan een alternatief bieden. (...) Die cliënten hebben ook gewoon recht op zorg en willen ook gewoon thuisblijven.”*

De gemeente houdt Waterland aan haar plicht zorg te leveren en verwacht van de bestuurders een proactieve en ondernemende houding om de problemen rond het vraagstuk van de onrendabele huishoudelijke ondersteuning op te lossen. In zijn verwachting van wat de taak van bestuurders is, namelijk dat zij zowel rendabele als onrendabele zorgactiviteiten tot hun verantwoordelijkheid rekenen, zegt de burgemeester: *“Ik vind dat ze [bestuurders] hun werk zo moeten definiëren dat ze een redelijke mix hebben en kostenefficiënt zijn. En ik vind dat wij [de gemeente] ze anders niet moeten contracteren. Je moet voorkomen dat mensen daar zitten om de kersen van de taart te pikken.”*

Uiteindelijk besluit bestuurder Jansen te stoppen met het leveren van huishoudelijke zorg aan ouderen die ver weg wonen en moeilijk bereikbaar zijn. Hij weerstaat de opgelegde leveringsplicht van de gemeente om thuiszorg te leveren aan ver weg wonende ouderen alsook de verwachtingen van een aantal stakeholders om de onrendabele zorg voort te zetten. Om aan deze wettelijke verplichting te kunnen voldoen, besteedt de gemeente de huishoudelijke ondersteuning vervolgens opnieuw aan en legt de leveringsplicht bij contract op aan een andere organisatie, waarbij als gevolg van het lagere tarief de huishoudelijke ondersteuning uiteindelijk ook door lager opgeleiden uitgevoerd wordt.

Samenvattend blijkt dat, nadat huishoudelijke ondersteuning voor ouderen die ver weg wonen onrendabel is gebleken, ondersteuning voor thuiswonende ouderen weliswaar als een goede ontwikkeling wordt gezien maar niet tegen elke prijs. Over wie voor deze groep ouderen verantwoordelijk is of zou moeten zijn, bestaan bij de stakeholders verschillende perspectieven. Deze variëren van toedeling van verantwoordelijkheid aan het bestuur om óf te

stoppen met deze onrendabele activiteit óf deze te compenseren met andere rendabele activiteiten; toedeling aan de gemeente door tarieven voor lange reisafstanden te vergoeden; aan ouderen zelf door zelf financieel bij te dragen; en aan kinderen op basis dat zij als kinderen zorg aan hun ouders verschuldigd zijn.

Dynamisch proces van toedelingen van verantwoordelijkheden

Het proces van toedelen, accepteren of verwerpen van verantwoordelijkheden laat zien dat de bestuurders van Waterland in eerste instantie van zichzelf verwachten dat zij zelf, in lijn met wat de nationale overheid van zorgaanbieders verwacht, bijdragen aan het faciliteren van langer thuis wonen van ouderen, maar dat zij daar na verloop van tijd anders over besluiten. Bestuurder Jansen gaat aanvankelijk in op het gemeentelijke aanbestedingstraject en biedt een offerte aan waarmee hij zijn zorgorganisatie Waterland een inspanningsverplichting oplegt. Door deze gunning verplicht de gemeente de zorgorganisatie Waterland contractueel huishoudelijke ondersteuning te leveren aan thuiswonende ouderen. Waterlands interne stakeholders steunen in deze fase het besluit van hun bestuur. Zij verwachten van zichzelf en hun bestuurders bij te dragen aan de behoefte van (alle) ouderen om langer thuis te kunnen blijven wonen. Ook verwachten zij dat zij deze stap zetten ter versterking van de marktpositie van Waterland en tot behoud van de werkgelegenheid bij hun werknemers. De bestuurders worden hierbij als verantwoordelijk gezien om bij deze nieuwe ontwikkeling de financiële efficiëntie op orde te houden.

Op het moment dat blijkt dat het leveren van huishoudelijke ondersteuning voor ouderen die ver weg wonen onrendabel is, vinden er opnieuw verschuivingen plaats in de toedelingen van verantwoordelijkheden. Bestuurder Jansen verschuift de focus van zijn verantwoordelijkheid voor het zorgen voor ver weg wonende ouderen naar een verantwoordelijkheid voor de financiële efficiëntie van zijn organisatie. Zijn medebestuurder steunt dit besluit uit verantwoordelijkheid voor haar medewerkers, en in de verwachting van zichzelf dat zij hiermee de werkgelegenheid van haar medewerkers kan garanderen. De bestuurders en de interne stakeholders verschuiven de verantwoordelijkheid naar de institutionele financiers van de zorg. Van deze institutionele partijen verwachten zij dat zij hun tarieven dusdanig bijstellen dat de geleverde zorg door geschoolde zorgprofessionals, inclusief de reisafstanden, afdoende vergoed worden. Bij de divisie managers is sprake van een verschuiving van verantwoordelijkheid naar het bestuur in de verwachting dat het bestuur er een gezonde mix op na houdt tussen rendabele en onrendabele zorg. Eén van hen benadrukt dat er van de ver weg wonende ouderen verwacht mag worden dat zij, wetende dat zij op afstand wonen, hun zorg deels zelf financieren. Naast deze verschuivingen in toedelingen van verantwoordelijkheden, continueren de interne stakeholders hun verwachtingen van hun bestuurders dat zij ondernemend blijven in het aangaan van nieuwe activiteiten zolang de financiële risico's overzichtelijk blijven.

Van de stakeholders die de belangen van ouderen behartigen, houdt de voorzitter van de lokale cliëntenraad de bestuurders van Waterland niet verantwoordelijk voor huishoudelijke ondersteuning voor ver weg wonende ouderen. Hij ondersteunt het besluit om vanuit financieel oogpunt te stoppen met deze dienstverlening. Hij legt de verantwoordelijkheid neer bij de familie. Van ouderen zelf verwacht hij in het algemeen dat zij mee gaan betalen aan hun eigen zorg. De andere twee belangenbehartigers spreken niet alleen de bestuurders van Waterland, maar zorgaanbieders in het algemeen aan op hun plicht om ondersteuning te leveren, ook al wonen sommige ouderen op moeilijk bereikbare plaatsen. De gemeente houdt het bestuur van Waterland aan de contractueel vastgelegde leveringsplicht. De gemeente verwacht van de bestuurders dat zij onrendabele huishoudelijke ondersteuning blijven leveren door verliezen te compenseren met rendabele zorgproducten.

De bevindingen laten zien dat de toedelingen van verantwoordelijkheden en de normatieve verwachtingen die stakeholders daarbij hebben van zichzelf en anderen, geen statische situatie opleveren maar een dynamisch karakter hebben. Dit dynamische proces van toedelingen van verantwoordelijkheden, op basis van morele zienswijzen en overtuigingen, is onderhevig aan situationele gebeurtenissen en aan onderlinge relationele verhoudingen en reikt verder dan het opvolgen van contractuele verplichtingen.

Waardegeladen onderhandelingsproces

Normatieve verwachtingen over verantwoordelijkheids-toedelingen zijn, zoals Walker stelt, gegrond in waarden waaraan wij hechten en waar wij recht aan willen doen. Op basis van deze waarden worden verantwoordelijkheden toegedeeld, aangegaan of genegeerd (Walker 1998). De volgende paragraaf illustreert het proces van onderhandelen tussen waarden dat bij toedelingen van verantwoordelijkheden ontstaat.

Bestuurder Jansen hecht waarde aan het dragen van zorg voor kwetsbaren onder ons, of zij nu thuis wonen of in een intramurale zorgvoorziening. Op basis van deze voor hem belangrijke waarde was het leveren van huishoudelijke ondersteuning een logische uitbreiding van het productenpakket. Naast deze aan de zorg intrinsiek verbonden waarde hecht hij ook belang aan zakelijke waarden als een efficiënte financiële en concurrerende positie van Waterland teneinde continuering van de organisatie en de daarmee gemoeide werkgelegenheid voor zijn medewerkers te kunnen waarborgen. Als na enige tijd blijkt dat deze ondersteuning financieel onrendabel is wanneer ouderen relatief te ver weg wonen, voelt bestuurder Jansen zich genoodzaakt zijn verwachtingen bij te stellen om een gezonde financiële organisatie te kunnen behouden. Om zijn intrinsiek aan de zorg verbonden waarden niet los te laten, legt hij de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van deze groep ouderen eerst terug bij de gemeente door deze aan te spreken op het bijstellen van de tarieven. De gemeente stelt de tarieven echter niet bij en wijst Waterland op zijn leveringsplicht. Op dat moment komt Jansen voor een dilemma te staan. Hij

krijgt zijn intrinsiek aan de zorg verbonden waarden en zijn zakelijke waarden niet verenigd. Hij lost het dilemma op met het besluit ondersteuning voor deze groep ouderen te stoppen en daarmee uiteindelijk primair recht te doen aan de continuïteit van zijn organisatie.

In het onderhandelingsproces speelt de normatieve verwachting mee die de gemeente van Jansen heeft om onrendabele zorg te compenseren met rendabele zorg. Een verwachting die ook één van zijn divisie managers van hem heeft. Deze verwachting conflicteert met de voor Jansen belangrijke waarde van rechtmatige toedeling van (gefinancierde) zorg. Aan deze waarde wil Jansen geen onrecht doen door gelden bestemd voor intramurale cliënten te gebruiken voor ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Met zijn besluit te stoppen doet Jansen recht aan zijn zakelijke waarde van financiële efficiëntie zonder geweld te doen aan zijn waarde van rechtmatige toedeling van gelden. Hij weerstaat met zijn besluit de normatieve verwachtingen die de gemeente maar ook enkele van zijn interne stakeholders van hem hebben.

Bestuurder Jansens ondernemende houding om met huishoudelijke ondersteuning te starten werd in eerste instantie ook door zijn interne stakeholders gezien als een juist besluit. Voor zijn medebestuurder stond daarbij de waarde centraal om ouderen te ondersteunen bij het ouder worden daar waar zij dat gewend zijn. Ook andere stakeholders als de divisie managers, belangenbehartigers van ouderen en de gemeente vonden uitbreiding van het productenpakket van oorspronkelijk intramuraal gerichte organisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen met extramurale zorgproducten een logisch antwoord op de door de overheid voorgestane transitie in de ouderenzorg. Vanuit een zorginhoudelijk perspectief wordt hierbij het langer in hun vertrouwde omgeving laten verblijven als een waarde gezien die past bij de wensen van ouderen waaraan men recht wil doen.

Op het moment dat deze zorg onrendabel blijkt te zijn, komen ook bij deze stakeholders twijfels of Waterland wel onrendabele zorg moet blijven leveren. Andere waarden komen namelijk zo in het geding. Het kunnen garanderen van de werkgelegenheid en het behoud van rechten van werknemers wordt voor zijn medebestuurder van doorslaggevende waarde. Aan deze waarden wordt recht gedaan door het besluit te stoppen met zorg die de werkgelegenheid financieel in gevaar brengt. Voor de voorzitter van de ondernemersraad speelt ook nog de waarde van de veiligheid van de medewerkers een rol. Stoppen met de thuiszorg in ver afgelegen gebieden betekent dat automatisch recht gedaan wordt aan deze waarde, omdat zorgprofessionals niet bij nacht en ontij in hun eentje naar afgezonderde gebieden hoeven te reizen. De zakelijke waarde van een financieel rendabele organisatie gaat voor meer interne stakeholders nadrukkelijker spelen. Leveren van dat waarvoor je betaald wordt en terughoudend zijn met het aangaan van financiële risico's zijn waarden die de controller en de manager facilitaire zaken aanhangen om een financieel gezonde organisaties te kunnen waarborgen. Het stoppen met het leveren van onrendabele huishoudelijke ondersteuning doet recht aan deze waarden. De verantwoordelijkheid wordt verplaatst naar de

gemeente om met passende tarieven te komen.

Vanuit de zijde van de divisie manager en de Lokale Cliëntenraad wordt de verantwoordelijkheid van Waterland verschoven naar eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en zorgplicht van kinderen jegens hun ouders. Het dragen van eigen verantwoordelijkheid en zorgplicht uit respect voor je ouders spelen hierbij als waarden een rol. De voorzitter van de Centrale Cliëntenraad wijst, evenals de zorgfinanciers, op basis van de waarde van recht op zorg bij toedeling van verantwoordelijkheid, de leveringsplicht toe aan het bestuur van Waterland. Ook komen zorgen over het bestrijden van eenzaamheid van thuiswonende ouderen, het geven van aandacht en voorkomen van vroegtijdige opnamen en crises bij kwetsbare ouderen naar voren. Op basis van deze waarden wordt het in contact staan met ouderen in een vroegtijdig stadium als belangrijk gezien. De stakeholders zien ouderen als beperkt zelfredzaam en beperkt in de eigen regie op structuur van hun dag en in het aangeven van een op handen zijnde crisis. De stakeholders hebben verwachtingen van zichzelf en van de institutionele partijen om recht te doen aan deze waarde door intensiever en vroegtijdig contact met ouderen. Hun normatieve verwachtingen wie dan precies waarvoor verantwoordelijk zou moeten zijn, zijn diffuus en betreffen een samenspel tussen huisartsen, familie, casemanagers en zorgprofessionals. In de feitelijke onderhandelingen tussen Waterland en de gemeente over de levering van huishoudelijke ondersteuning worden deze waarden niet meegenomen noch bestendigd.

De bevindingen laten zien dat waarden aan de basis liggen van het accepteren, aangaan en verwerpen van verantwoordelijkheden. In dit proces van onderhandelen over verantwoordelijkheden, overwinnen de zakelijke waarden het van de zorginhoudelijke waarden. Het uiteindelijke resultaat is dat de bestuurders van Waterland met het besluit te stoppen met de huishoudelijke ondersteuning geen recht doen aan de zorginhoudelijke waarden die bij hen en andere stakeholders spelen.

4.4 Discussie

De moreel-constructivistische benadering die wij in ons onderzoek gehanteerd hebben, heeft ons de mogelijkheid gegeven om inzicht te krijgen in wat de transitie in de Nederlandse ouderenzorg betekent voor perspectieven op verantwoordelijkheids-toedelingen en de morele dimensie daarin. De verschuiving van de verantwoordelijkheid voor de zorg van ouderen van de overheid naar ouderen zelf (Schäfer et al. 2010; Pommer et al. 2007; VWS 2006) brengt bij zorgaanbieders en andere stakeholders, een dynamisch proces op gang waarin zij zich herpositioneren op hun verantwoordelijkheden. De theorie van Margret Walker (Walker 1998), waarin verantwoordelijkheden vanuit een zorgethische benadering beschouwd worden als in de praktijk relationeel geconstrueerd op basis van normatieve verwachtingen, heeft ons geholpen om de perspectieven nader te bestuderen op het proces van toedelen,

accepteren en verwerpen van verantwoordelijkheden door aandacht te geven aan hun narratieven over waarden, richting gevend aan hun handelen. Dit in de notie dat betrokkenen morele subjecten zijn die in relatie met elkaar morele opvattingen construeren (Abma & Widdershoven 2008; Greene 2011; Walker 1998; White & Tronto 2004). De casus van zorgaanbieder Waterland die, in reactie op de veranderingen, haar intramurale zorgdiensten heeft uitgebreid met huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen, stond in onze studie centraal. Het specifieke karakter en de toenmalige actualiteit van deze casus voor de bestuurder van zorgorganisatie Waterland en diens stakeholders stelden ons in staat ons inzicht te verdiepen in wat diversiteit in perspectieven op verantwoordelijkheids-toedelingen betekenen voor de huidige transitie in de ouderenzorg. In ons onderzoek stond de wijze centraal waarop de in dit onderzoek betrokken stakeholders in een veranderende situatie aan zichzelf en aan anderen verantwoordelijkheden toewijzen. De bevindingen reiken wij aan, niet voor de generaliseerbaarheid ervan, maar om hiermee reflectie op en dialoog over verantwoordelijkheids-toedelingen in de transitie waarin de ouderenzorg zich bevindt te bevorderen (Guba & Lincoln 1989; Stake 2005).

De bevindingen uit deze studie laten zien dat de stakeholders zich verantwoordelijk voelen om bij te dragen aan de transitie in de ouderenzorg waarbij door de overheid nagestreefd wordt om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, indien nodig ondersteund door familie of het directe sociale netwerk, en als het niet anders kan met publiek gefinancierde ondersteuning. De stakeholders vinden deze ontwikkeling passend bij de wensen van ouderen, maar tegelijkertijd spelen bij hen zakelijke en zorginhoudelijke punten van zorg. Getwijfeld wordt over de financiële efficiëntie van het leveren van huishoudelijke ondersteuning voor ouderen, zeker als die ver weg wonen, gezien de lage tarieven die tegenover de vergoeding van hoog gekwalificeerde zorgverleners en hun reistijden staan. Zorgen zijn er over eenzaamheid en het kunnen voorkomen van crisissituaties bij kwetsbare ouderen. Betwijfeld wordt of van kinderen verwacht mag en kan worden dat zij hun ouders hierin kunnen ondersteunen. De narratieven onthullen dat aan de perspectieven van de stakeholders verschillende waarden ten grondslag liggen. Er zijn institutionele waarden in het spel zoals het voor de eigen zorg verantwoordelijk zijn van ouderen; maar ook het hebben van recht op zorg, ook als je ver weg woont; leverplicht van de zorgaanbieder aan hun cliënten voor dat wat contractueel is toegezegd; en zorgplicht van kinderen tegenover hun ouders. Zakelijke waarden die spelen zijn versterking van de concurrentie positie, rechtmatige besteding van gelden en financiële efficiëntie en continuering van de zorgorganisatie. Zorginhoudelijke waarden die naar voren zijn gekomen, zijn: het dragen van zorg voor kwetsbaren in de maatschappij; het ondersteunen van ouderen bij het langer in hun vertrouwde thuisomgeving blijven wonen; het waarborgen van het werk en de veiligheid van zorgprofessionals; het bestrijden van eenzaamheid bij thuiswonende ouderen; en het voorkómen van crisissituaties.

Als waarden onderling conflicteren, ontstaan spanningen (Walker 1998). Waarden kunnen bij een persoon zelf conflicteren maar kunnen ook tussen personen met elkaar strijden. Zo conflicteren bij de bestuurder van zorgaanbieder Waterland zorgzaamheid voor ouderen die ver weg wonen en het met deze activiteit versterken van de marktpositie, met het financieel rendabel houden van de organisatie. Tussen stakeholders strijdt de waarde van rechtmatige bestedingen van intramurale gelden, voorgestaan door de bestuurder, met de waarde die voorgestaan wordt door de gemeente om een financieel gezonde mix van rendabele en onrendabele zorgactiviteiten na te streven. Een pluraliteit en pluriformiteit aan waarden laten zich zien, waarbij waarden onderling verschillen en met elkaar conflicteren. Welke waarden als leidend beschouwd moeten worden is met de teruggreding van de overheid en daarmee het ontbreken van voorschrijvend handelen, diffuus geworden (Meurs & Grinten van der 2005; Noordegraaf & Meurs 2002; Scheer van der 2007). Onze bevindingen laten zien dat stakeholders dientengevolge een eigenstandig proces doorlopen waarin zij balans proberen aan te brengen in de voor hen op gespannen voet met elkaar staande waarden. Het proces van opstarten maar even zo goed het weer stoppen van de ondersteuning voor thuiswonende ouderen door de bestuurder van is een direct voortvloeisel van deze spanningen.

Ook in andere studies wordt vastgesteld dat het zoeken van balans in en tussen waarden niet statisch is, maar zich laat zien als een dynamisch proces dat onderhevig is aan situationele gebeurtenissen (Abma et al. 2010; French, Hasslein & Van Es 2002; Walker 2007). Een dergelijke situationele gebeurtenis doet zich voor in onze casus op het moment dat huishoudelijke ondersteuning voor ver weg wonende ouderen onrendabel blijkt te zijn. Waarden als zorgzaamheid voor kwetsbare ouderen en het innemen van een concurrerende positie komen in een ander daglicht te staan als de financiële efficiëntie als waarde in belang toe neemt onder druk van tekorten op deze activiteit. Een voortdurend proces van balans opmaken tussen waarden waaraan de stakeholders willen dat recht gedaan wordt, ontstaat. En onlosmakelijk daaraan verbonden, veranderen daarmee toedelingen van verantwoordelijkheden. In dit onderhandelingsproces blijkt het bieden van weerstand aan de institutionele en zakelijke waarden moeilijk. Om zich maatschappelijk te kunnen verantwoorden is het voldoen aan de opgelegde institutionele voorschriften en regels veelal leidend (Grit 2004; Grit & Meurs 2005). Het nemen van een maatschappelijke verantwoordelijkheid vraagt echter besluiten en handelen, wat verder gaat dan wat institutioneel vereist is (Hemingway & MacLagan 2004; Mosley, Pietri & Megginson 1996). Wanneer de bestuurder van Waterland besluit te stoppen met de ondersteuning voor thuiswonende ouderen, hebben institutionele en zakelijke waarden de overhand gekregen op zorginhoudelijke waarden. Een door de stakeholders gedeeld perspectief over welke waarden leidend zijn of zouden moeten zijn, ontbreekt in hun verantwoordelijkheidsopvattingen over ondersteuning en zorg voor thuiswonende ouderen. De consequentie hiervan

is dat de toedeling van verantwoordelijkheden voor thuiswonende ouderen en de acceptatie van die verantwoordelijkheden dientengevolge uitblijven en wisselend toegedeeld worden aan diverse stakeholders. Een gedeeld perspectief ontbreekt over de vraag of je van kwetsbare ouderen mag verwachten dat zij toch zelfredzaam zijn en of je van familieleden kan en mag verwachten dat zij hun ouders helpen in hun verzorging. Het blijft eveneens onderbelicht of familieleden de in het veranderende ouderenbeleid aan hen toebedeelde verantwoordelijkheid accepteren om hun ouders meer te ondersteunen, en welke fundamentele waarden daarbij een rol spelen, alsook in hoeverre dit op gespannen voet staat met waarden als autonomie en zelfstandigheid van ouderen. In hetzelfde licht bezien is het ook de vraag aan welke waarden zorgprofessionals hechten bij hun ondersteuning voor ouderen thuis en hoe zij op basis daarvan hun eigen verantwoordelijkheid interpreteren en aan anderen toedelen, zoals ouderen en hun familie.

De twijfels van de stakeholders zijn niet ongegrond. Uit onderzoek blijkt dat overbelasting van de mantelzorgers, familieleden en mensen uit het directe sociale netwerk van een hulpbehoevende oudere in de transitie van de ouderenzorg, een punt van zorg is (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2012). De kwaliteit van de onderlinge relatie is medebepalend of en hoe familieleden verantwoordelijkheden accepteren en aangaan wat betreft de zorg voor ouderen, alsook dat deze ouderen zelf de aangeboden hulp aanvaarden (Abma et al. 2009; Beneken Genaamd Kolmer et al. 2004). In het onderhandelingsproces van de stakeholders, zoals door ons in de casus van Waterland onderzocht, maken de stakeholders in de informele zorg, en dan vooral de ouderen zelf en hun kinderen, geen onderdeel uit van het onderhandelingsproces. Ook de zorgprofessionals van de organisatie hebben niet als participerende stakeholders meegedaan in dit onderhandelingsproces. Weliswaar voelen de bestuurders zich verantwoordelijk voor hen, maar de bevindingen brengen niet naar voren dat bestuurders de zorgprofessionals als een partij zien die actief onderdeel uitmaakt of zou moeten maken van een onderhandelingsproces over verantwoordelijkheden. Daarmee komen de waarden van deze stakeholders niet prominent naar voren als waarden waartussen een balans gevonden moet worden. Het perspectief van diegenen om wie het in de transitie van de ouderenzorg met de verschuiving van verantwoordelijkheden van overheid naar ouderen en familie gaat, is daarom in het onderhandelingsproces marginaal tot niet aanwezig. Dat geldt dus ook voor de zorgprofessionals. Uit onderzoek is gebleken dat ouderen hun oriëntatie van thuis wonen verschuiven naar opname in een verzorging- of verpleeghuis op het moment dat zij minder steun ondervinden van hun informele hulpverleners (Steverink 2001). Het (er)kennen en incorporeren van het perspectief van ouderen zelf en hun informele hulpverleners als familieleden is van groot belang gezien de voorgestane transitie naar het langer thuis laten wonen van ouderen (Baur & Abma 2011; Nierse & Abma 2011).

Een gedeeld perspectief op de morele vraag “wie zorgt voor wie en op basis waarvan?” lijkt te ontbreken. Het risico hiervan is dat in het onderhandelingsproces over verantwoordelijkheden de behoeften van ouderen in relatie met hun informele zorgverleners gedurende het proces uit het oog raken. Dit heeft als risico dat iedereen op basis van eigen afwegingen ‘achterover leunt’ en ‘ouderen thuis verpieteren’. Tronto (1993) benadrukt in haar zorgethische theorie dat het vaststellen van de behoefte van diegenen voor wie de zorg bedoeld is, essentieel is, voordat bepaald kan worden hoe men moet handelen. Goede zorg verlangt een balans in moreel besef over wat er voor wie toe doet, hetgeen een voortdurend voortgaand onderhandelingsproces vergt met inclusie van de stakeholders die ertoe doen. In recente literatuur wordt aangedragen dat gedeeld moreel besef niet ontstaat als resultante van een eenzijdige individuele exercitie, maar dialogisch benaderd moet worden als een streven om in de eigen sociale context door interactie en onderhandeling te komen tot gedeeld moreel begrip (Abma et al. 2010; Ohnsorge & Widdershoven 2011; Visse, Widdershoven & Abma 2011; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). Een dialogisch proces wordt gezien als een weg naar verbetering van de zorgpraktijk door het vermogen om bij te dragen aan het ontstaan van gedeeld moreel. Dialoog als ethische deliberatie wordt hierbij gezien als een in de praktijk toe te passen werkwijze om normatieve verwachtingen te expliciteren en inzicht te krijgen in elkaars achterliggende motieven. Het lerende (hermeneutische) proces, waarin betrokkenen hun eigen perspectieven kunnen verruimen en waarin perspectieven kunnen samenvallen, ondersteunt de vorming van een gedeeld moreel beeld over wat onder goede zorg verstaan moet worden, zoals in het geval van ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Dialogisch-hermeneutische processen kunnen aldus recht doen aan gebalanceerde verantwoordelijkheids-toedelingen die gebaseerd zijn op wat er in de ouderenzorg werkelijk toe doet, waarbij verantwoordelijkheids-toedelingen dan gezien worden als een morele praxis in plaats van een uitvoeringspraktijk van abstracte institutioneel opgelegde verantwoordelijkheden (Abma 2006).

Dat zelfstandig thuiswonende ouderen en hun familieleden als stakeholders geen onderdeel uitgemaakt hebben van onze studie, kan gezien worden als een beperking van ons onderzoek, zeker gezien de transitie waarin van ouderen zelf een andere en meer zelfstandige verantwoordelijkheid verwacht wordt. Hoe de onderhandelingsprocessen tussen ouderen en hun informele hulpverleners aan de ene kant, en die tussen de formele zorgverleners en andere stakeholders verlopen en aansluiten, vraagt dan ook om nader onderzoek om te kunnen komen tot een verantwoordelijkheidstoedeling waarin de behoefte aan zorg voor thuiswonende centraal blijft staan.

4.5 Conclusie

De door de Nederlandse overheid in gang gezette transitie in de ouderenzorg gaat gepaard met dynamische onderhandelingsprocessen waarin stakeholders verantwoordelijkheden toewijzen, accepteren of verwerpen op basis van waarden die er voor hen toe doen. Deze waarden kunnen zorginhoudelijk, zakelijk en institutioneel van aard zijn. Onderhevig aan situationele gebeurtenissen in de praktijk, veranderen de betekenissen van en daarmee de onderlinge verhoudingen tussen deze waarden. Als waarden met elkaar in conflict komen, ontstaan bij of tussen stakeholders spanningen die zij proberen te verminderen door een andere balans tussen waarden aan te brengen. Ten gevolge hiervan veranderen perspectieven van stakeholders op toedelingen van verantwoordelijkheden aan zichzelf en aan anderen waarmee onderhandelingsprocessen ontstaan. Onderhevig aan deze dynamische onderhandelingsprocessen over waarden krijgt de ondersteuning voor en zorg voor thuiswonende ouderen te maken met een wisselend, gefragmenteerd en niet-verbonden spel waarin verantwoordelijkheden heen en weer geschoven worden. Exclusie van perspectieven van ouderen zelf en van hun familieleden maakt de invulling van de door de overheid gewenste opgave om ouderen langer thuis te laten wonen kwetsbaar, omdat in de onderhandelingsprocessen de waarden die er voor deze stakeholders toe doen ontbreken. Includerende dialogische processen worden gezien als mogelijk ondersteunend, omdat door onderlinge uitwisseling van perspectieven een proces bewerkstelligd wordt naar gedeeld begrijpen over wie nu voor wie verantwoordelijk is en op basis van welke fundamentele waarden, om goede zorg voor thuiswonende ouderen te waarborgen. Gezien de majeure opgaven waarvoor betrokkenen in de ouderenzorg staan, is herverdeling van verantwoordelijkheden in de ouderenzorg, die benaderd wordt als een open relationeel proces met alle betrokkenen, te adviseren.

Literatuurlijst

Abma, TA 2006, 'Patients as Partners in a Health Research Agenda Setting: The Feasibility of a Participatory Methodology', *Evaluation & the Health Professions*, vol. 29, no. 4, pp. 424-439.

Abma, TA, Baur, V, Molewijk, B, & Widdershoven, GM 2010, 'Inter-ethics: Towards an interactive and interdependent bioethics', *Bioethics*, vol. 24, no. 5, pp. 242-256.

Abma, TA, Oeseburg, B, Widdershoven, GA, & Verkerk, M 2009, 'The quality of caring relationships', *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 2, pp. 39-45.

Abma, TA, & Stake, RE 2001, 'Stake's Responsive Evaluation: Core Ideas and Evolution', *New Directions for Evaluation*, vol. 2001, no. 92, pp. 7-22.

Abma, TA, & Widdershoven, GAM 2008, 'Evaluation and/as social relation', *Evaluation*, vol. 14, no. 2, pp. 209-225.

Baur, VE, Abma, TA 2011, 'The Taste Buddies': Participation and empowerment in a residential care home, *Ageing & Society* vol. 32, no. 6, pp. 1055-1078.

Beneken Genaamd Kolmer, D, Tellings, A, Garretsen, H, & Bongers, I 2004, 'Gezondheidszorg: wiens zorg? Een uitdaging voor liberale staten en hun burgers om verantwoordelijkheid te delen', *Sociale Wetenschappen*, vol. 47, no. 4, pp. 11-26.

Bettio, F, & Plantenga, J 2004, 'Comparing care regimes in Europe' *Feminist Economics*, vol. 10, no.1, pp. 85-113.

Blackman, T 2000, 'Defining responsibility for care: approaches to the care of olderpeople in six European countries', *International Journal of Social Welfare*, vol. 9, no. 3, pp. 181-190.

Corbin, J, & Strauss, AL 2008, *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*, Los Angeles, CA, SAGE Publications.

Feldman, MS 2004, 'Making Sense of Stories : A Rhetorical Approach to Narrative Analysis', *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 14, no. 2, pp. 147-170.

French, W, Hasslein, C, & Van Es, R 2002, 'Constructivist Negotiation Ethics', *Journal of Business Ethics*, vol. 39, no. 1/2, pp. 83-90.

- Greene, J 2011, 'The Construct(ion) of Validity as Argument', *New Directions for Evaluation*, vol. 2011, no. 130, pp. 81-91.
- Grit, K 2004, 'Corporate Citizenship: How to Strengthen the Social Responsibility of Managers?' *Journal of Business Ethics*, Vol. 53, No. 1/2, pp. 97-106.
- Grit, K, & Meurs, P 2005, *Verschuivende verantwoordelijkheden : dilemma's van zorgbestuurders*, Assen, The Netherlands, Koninklijke Van Gorcum.
- Guba, EG, & Lincoln, YS 1989, *Fourth generation evaluation*, Newbury Park, Sage Publications.
- Hemingway, CA, & MacLagan, PW 2004, 'Managers' Personal Values as Drivers of Corporate Social Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 50, no. 1, pp. 33-44.
- Kvale, S, & Brinkmann, S 2009, *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Landeweer, EGM, Abma, TA, & Widdershoven, GAM 2011, 'Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry', *Nursing Ethics*, vol. 18, no.3, pp. 304-316.
- Lieblich, A, Tuval-Mashiach, R & Zilber, T 1998, *Narrative research : reading, analysis and interpretation*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Meadows, LM, & Morse, JM 2001, 'Constructing evidence within a qualitative project', in JM Morse, JM Swanson, & AJ Kuzel (eds.), *The nature of Qualitative Evidence*, Thousand Oaks, Sage.
- Meurs, P, & Grinten van der, T 2005, *Gemengd besturen : besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, Den Haag, The Netherlands, Academic Service.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005, *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*, VWS, The Hague, The Netherlands.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006, *Wet maatschappelijke ondersteuning*, VWS, The Hague, The Netherlands.
- Mosley, DC, Pietri, PH, & Megginson, LC 1996, *Management, leadership in action*, New York, HarperCollins College Publishers.

Nierse, CJ & Abma, TA 2011, 'Developing voice and empowerment: the first step towards a broad consultation in research agenda setting', *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, no. 4, pp. 411-421.

Noordegraaf, M, & Meurs, P 2002, 'Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg', *M & O: Tijdschrift voor Organisatiekunde en Sociaal Beleid*, vol. 56, no. 3, pp. 22-39.

Noordegraaf, M, & Stewart, R 2000, 'Managerial Behaviour Research in Private and Public Sectors: Distinctiveness, Disputes and Directions' *Journal of Management Studies*, vol. 37, no. 3, pp. 427-444.

Ohnsorge, K, & Widdershoven, G 2011, 'Monological versus dialogical consciousness: two epistemological views on the use of theory in clinical ethical practice', *Bioethics*, vol. 25, no. 7, pp. 361-369.

Pommer, E, Woittiez, I & Stevens, J *Comparing Care. The care of the elderly in ten EU-countries*, Sociaal Cultureel Planbureau, The Hague, The Netherlands.

Putters, K 2009, *Besturen met duivelselastiek*, Rotterdam, Erasmus University Rotterdam.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2012, *Redzaam Ouder Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*, RVZ, The Hague, The Netherlands.

Reissman, CK 1993, *Narrative Analysis*, Newbury Park, Sage.

Schäfer, W, Kroneman, M, Boerma, W, Berg van den, M, Westert, G, Devillé, W, & Ginneken van, E 2010, 'The Netherlands: health system review', *Health systems in transition*, vol. 12, no. 1, 1-229.

Scheer van der, W 2007, 'Is the new health-care executive an entrepreneur?' *Public Management Review*, vol. 9, no.1, pp. 49-65.

Stake, RE 2005, Qualitative Case studies, in NK Denzin, & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Stake, RE 2006, *Multiple case study analysis*, New York, The Guilford Press.

Stake, RE 2010, *Qualitative research studying how things work*, New York, Guilford Press.

Steverink, N 2001, 'When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example', *Ageing and Society*, vol. 21, no. 1, pp. 45-69.

Sundström, G, & Johansson, L 2005, 'The changing balance of government and family in care for the elderly in Sweden and other European countries' *Australasian Journal on Ageing*, vol. 24, no. s1, S5-S11.

Tronto, JC 1993, *Moral boundaries : a political argument for an ethic of care*, New York, Routledge.

Verkerk, MA 1994, 'Zorg of contract; een andere ethiek', in H Manschot & MA Verkerk (eds.) *Ethiek van de zorg : een discussie*. Amsterdam, The Netherlands, Boom, pp. 53-74.

Verkerk, M, & Widdershoven, G 2005, *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?*, Groningen, The Netherlands, UMCG.

Visse, M, Widdershoven, G, & Abma, T 2011, 'Moral Learning in an Integrated Social and Healthcare Service Network', *Health Care Analysis*, vol. 20, no. 3, pp. 1-16.

Walker, MU 1998, *Moral understandings: a feminist study in ethics*, New York, Routledge.

Walker, MU 2007, *Moral understandings a feminist study in ethics*, New York, Oxford University Press.

White, JA, & Tronto, JC 2004, 'Political Practices of Care: Needs and Rights', *Ratio Juris: An International Journal of Jurisprudence and Philosophy of Law*, vol. 17, no. 4, pp. 425-453.

Widdershoven, G, Abma, T, & Molewijk, B 2009, 'Empirical ethics as dialogical practice', *Bioethics*, Vol. 23, No. 4, pp. 236-248.

‘De waarheid is het resultaat
van een discussie met vrienden’
David Hume

DEEL III

Dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden

HOOFDSTUK 5

Dialoog over normen en waarden van bestuurders: moreel beraad in de ouderenzorg

L. van Gastel, F. Weidema, K.G. Luijkx, T.A. Abma, J.M.G.A. Schols,
G.A.M. Widdershoven

Samenvatting

In de transitie van de ouderenzorg wordt van bestuurders in deze sector meer dan voorheen verwacht dat zij de ouderenzorg zelf gestalte geven, in samenspraak met relevante betrokkenen, zoals cliënten, familieleden en zorgprofessionals. Daarbij spelen normatieve overwegingen een rol. Gezien de verschillende normatieve visies van betrokkenen, is reflectie op de eigen waarden, en afstemming op de waarden en normen van anderen van toenemend belang. Om meer inzicht te krijgen in morele overwegingen van bestuurders over hoe de ouderenzorg gestalte gegeven moet worden, hebben wij met bestuurders een gestructureerd groepsgebesprek georganiseerd over een concrete casus, een zogenoemd Moreel Beraad. De casus betrof een actueel moreel dilemma met betrekking tot de keuze om cliënten die opgenomen waren in een verzorgings- of verpleeghuis, wel of geen extra zorg- of dienstverlening aan te bieden tegen betaling. Het Moreel Beraad blijkt bestuurders te helpen hun perspectief te expliciteren en te verbreden. Tevens blijkt het een proces van gezamenlijk leren tot stand te kunnen brengen doordat zij hun eigen perspectief relateren aan de perspectieven van diverse groepen van belanghebbenden. Door een dialoog over wat er werkelijk toe doet, ondersteunt een Moreel Beraad bestuurders bij het komen tot effectieve en ethisch verantwoorde en toekomstbestendige ouderenzorg.

5.1 Inleiding

Door transities in de Nederlandse ouderenzorg hebben bestuurders van verzorgings- en verpleeghuizen, net als in andere Europese landen, te maken met structurele veranderingen in het ouderenbeleid. Nationale overheden treden terug uit hun directieve rol door verschuiving van verantwoordelijkheden voor de zorg van ouderen naar het maatschappelijke middenveld. De overheid schrijft niet langer exact voor hoe de ouderenzorg vormgegeven moet worden (Meurs & Grinten van der 2005; Noordegraaf & Meulen van der 2008; Oborn, Barrett & Exworthy 2011; Pollitt & Bouckaert 2004). Van bestuurders van verzorgings- en verpleeghuizen wordt gevraagd de ouderenzorg meer dan voorheen zelf gestalte te geven en dit te doen in samenspraak en rekening houdend met hun belanghebbenden (Fisscher, Nijhof & Steensma 2003; Grit 2004; Noordegraaf & Meurs 2002; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Scheer van der 2007). Van hen wordt steeds meer een bijdrage verwacht aan het realiseren van maatschappelijke waarden door zowel moreel verantwoord als effectief te werk te gaan (Ciulla 2009; Hemingway & MacLagan 2004). Hierbij is reflectie op de eigen morele waarden en afstemming op de waarden en normen van belanghebbenden toenemend van belang (Widdershoven et al. 2009).

In deze studie gaan wij in op de morele aspecten van het werk van bestuurders in de ouderenzorg aan de hand van een Moreel Beraad. Tijdens een Moreel Beraad worden de morele overwegingen van de inbrenger en de andere aanwezigen onderzocht. Door de eigen overwegingen expliciet te maken en in dialoog te vergelijken met die van anderen, komt een proces van reflectie tot stand dat leidt tot een verbreding van gezichtspunten (Molewijk et al., 2008a; 2008b; Ryfe 2006; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). Deze studie volgt het proces van morele reflectie en dialoog in het Moreel Beraad. Er wordt in beschreven hoe de casus wordt besproken, welke morele overwegingen de deelnemers naar voren brengen, en hoe gaandeweg hun visie op het morele probleem in de casus en op hun werk in het algemeen verbreed wordt.

5.2 Methode

Om zicht te krijgen op morele overtuigingen en overwegingen van bestuurders in de ouderenzorg en de wijze waarop deze zich ontwikkelen in een dialoog, is een Moreel Beraad (MB) georganiseerd. Een MB is een dialogisch proces van exploratie en uitwisseling van normatieve perspectieven dat bijdraagt aan reflectie op en verdieping van inzichten ten aanzien van morele vraagstukken (Abma et al. 2009; Manschot & Dartel van 2003; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). In het MB werd een casus besproken die werd gepresenteerd door de heer Jansen, bestuurder van een instelling met meerdere verzorgings- en verpleeghuizen. De casus was in overleg met hem gekozen, naar aanleiding van een interview als onderdeel van deze studie naar verantwoordelijkheids-toedeling door bestuurders in de ouderenzorg. Aan de MB bijeenkomst namen

zes bestuurders in de ouderenzorg deel. Deze bestuurders ontmoeten elkaar regelmatig om ontwikkelingen in de ouderenzorg te bespreken. Deelnemers aan de groep vertrouwen elkaar en zijn gewend open met elkaar te spreken. Dit is een nadrukkelijke voorwaarde om de grenzen van het eigen perspectief te onderzoeken en open te staan voor interactie en verandering (Widdershoven & Abma 2007). De facilitator bewaakt dat de sfeer veilig en open blijft; een voorwaarde om open te kunnen spreken over jezelf, wat je belangrijk vindt, waar je twijfels liggen en waar je waarde aan hecht (Abma & Widdershoven 2005). Een MB is niet bedoeld voor advies aan de casus-eigenaar. Het doel van het MB is: de casus exploreren en de kijk op het aan de casus gekoppelde dilemma te verbreden door de deelnemers te stimuleren hun persoonlijke zienswijze op de casus naar voren te brengen. Een MB is hierdoor specifiek ondersteunend aan een proces van gezamenlijk leren.

Een MB is een bijeenkomst waarin de deelnemers systematisch reflecteren op morele vraagstukken die gerelateerd zijn aan concrete dilemma's zoals die zich in hun praktijk voordoen (Molewijk et al. 2008a). In een MB staat de ervaring uit de praktijk centraal. Via een gestructureerde methode wordt de ervaring geëxploreerd en ingezet in een gezamenlijk proces van moreel leren (Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). Deze benadering is gebaseerd op het uitgangspunt dat morele oordeelsvorming zich in de zorgpraktijk ontwikkelt door dialoog tussen mensen die daarvoor open staan (Walker 1998). Een MB vindt plaats onder begeleiding van een specifiek daarvoor getrainde facilitator, doorgaans een ethicus, die ervoor zorgt dat de structuur en gespreksdiscipline gehandhaafd blijven, zodat een dialoog tot stand kan komen. De facilitator van een MB is niet directief ten aanzien van de inhoud van het MB. De dialoog wordt gekenmerkt door: onderlinge openheid, gelijkwaardigheid, machtsvrijheid, vertrouwelijkheid en kwetsbaarheid. Dienend aan deze karakteristieken zijn dialogische vaardigheden zoals het uitstellen van oordelen en vooringenomenheden, de wil om te leren van elkaar en om elkaars vragen aan de orde te stellen (Widdershoven & Abma 2007). Een dialoog onderscheidt zich op dit punt van een debat of een discussie.

Een MB kan volgens verschillende methoden gestructureerd worden (Steinkamp & Gordijn 2003). In het MB dat in deze studie gepresenteerd wordt, wordt de dilemma-methode gehanteerd. In deze methode wordt naar aanleiding van de casusbeschrijving een dilemma geformuleerd. Een dilemma kent twee keuzes, met elk voor- en nadelen. In een MB volgens de dilemma-methode worden verschillende perspectieven op de casus geanalyseerd in termen van waarden en normen. Vervolgens maken de deelnemers individueel een keuze. De keuzes worden daarna dialogisch onderzocht. In de dilemma-methode kunnen de volgende stappen worden onderscheiden:

- | | |
|--------|--|
| Stap 1 | Beschrijving van de casus |
| Stap 2 | Formulering van het dilemma |
| Stap 3 | Verhelderingvragen |
| Stap 4 | Analyse in termen van perspectieven, waarden en normen |
| Stap 5 | Individuele afwegingen |
| Stap 6 | Vergelijking van verschillen en dialoog |
| Stap 7 | Afronding en evaluatie |

Het MB van deze studie werd op band opgenomen en verbatim uitgetypt. Vervolgens is het materiaal geanalyseerd door 3 onderzoekers (LvG, FW en KL). De resultaten zijn in overleg met de overige onderzoekers (TA, JS, GW) verder uitgewerkt en verdiept. Bij de analyse is de aandacht gericht op de normatieve overwegingen van de deelnemers en de wijzigingen daarin ten gevolge van de interactie met anderen. Theoretisch uitgangspunt hierbij was de ethiek van Margret Walker. Volgens deze benadering belichamen waarden de verwachtingen die wij van onszelf en anderen hebben over waar wij ons verantwoordelijk voor voelen (Walker 1998). Dit impliceert dat waarden onze visie op onszelf en anderen richting geven en in interactie met anderen verder ontwikkeld worden.

In het onderzoeksproces is sprake van een dubbele hermeneutiek (Giddens 1987). Enerzijds interpreteren de deelnemers aan het MB hun eigen normatieve overwegingen en expliciteren ze hun positie in onderlinge dialoog. Anderzijds reconstrueren de onderzoekers dit interpretatieproces en brengen ze het dialogische leerproces van de deelnemers in kaart. Een belangrijk kwaliteitscriterium van hermeneutische interpretaties is de geloofwaardigheid van de analyse (Guba & Lincoln 1989; Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998). De geloofwaardigheid van het interpretatieproces van de deelnemers tijdens het MB wordt bevorderd doordat de deelnemers niet gestuurd worden door aannames vooraf, maar vrijelijk hun ervaringen en overwegingen naar voren kunnen brengen. De geloofwaardigheid van de analyse wordt vergroot door het feit dat de onderzoekers zich bewust waren van hun rol als interpreters van het empirische materiaal (Meadows & Morse 2001). Tevens is gebruik gemaakt van triangulatie, doordat de uitspraken van dhr. Jansen in het MB werden vergeleken met de uitkomsten uit eerdere interviews die met de bestuurders gehouden zijn (zie hoofdstuk 2). Ten behoeve van de betrouwbaarheid zijn de analyses regelmatig in het auteursteam bediscussieerd. De besprekingen in het auteursteam zijn zo vaak gehouden als nodig was om overeenstemming in de analyses te bereiken.

5.3 Resultaten

Wij presenteren in deze paragraaf de resultaten in zeven subparagrafen waarbij wij de stappen in het MB volgens de dilemma-methode volgen. De paragraaf start met een beschrijving van de context waarin het MB is gehouden.

Context

Dhr. Jansen is een ervaren bestuurder en geeft al enige jaren leiding aan een zorgorganisatie waarvan enkele verzorgings- en verpleeghuizen deel uit maken. De overige aan het MB deelnemende bestuurders zijn bekend met elkaar en elkaars organisaties. Ook zij zijn ervaren bestuurders van verpleeg- en verzorgingshuizen en staan midden in de veranderingen in de ouderenzorg. De bestuurders tutoyeren elkaar. De facilitator is een ethicus met ervaring in het

begeleiden van MB bijeenkomsten. Hij is tevens onderzoeker en medeauteur van deze studie. Met instemming van de deelnemende bestuurders nemen ook drie andere onderzoekers en medeauteurs deel aan het MB. Eén van hen is tevens divisie manager van een zorgorganisatie in de ouderenzorg. Zij nemen een luisterende houding aan en stellen desgewenst vragen ter verheldering van wat wordt ingebracht. Tot slot is er een onderzoeksassistent aanwezig. De facilitator leidt de deelnemers door de structuur van het MB.

In tabel 1 zijn de deelnemers aan het MB opgenomen waarbij voor de bestuurders gebruik gemaakt is van pseudoniemen.

DEELNEMER	FUNCTIE
Dhr. Frits Jansen (pseudoniem)	Bestuurder
Mevr. An Boekema (pseudoniem)	Bestuurder
Mevr. Wies Doremalen (pseudoniem)	Bestuurder
Mevr. Elly Groot (pseudoniem)	Bestuurder
Mevr. Johanneke Zuiderma (pseudoniem)	Bestuurder
Dhr. Jos Schols	Auteur
Mevr. Katrien Luijckx	Auteur
Mevr. Lena van Gastel	Auteur
Dhr. Guy Widdershoven	Facilitator en auteur
Mevr. Anne van Calseijde	Onderzoeksassistent

Tabel 1: deelnemers aan het MB

Stap 1: Beschrijving van de casus

Bestuurder Jansen, de casuseigenaar, heeft morele twijfels rond de vraag of hij zijn cliënten de mogelijkheid moet geven om naast de basis zorg- en welzijnsdiensten tegen bijbetaling aanvullende zorg of welzijnsdiensten in te kopen. Hierbij kan gedacht worden aan extra zorguren maar ook aan bijvoorbeeld een glas wijn bij het eten of een extra douchebeurt. Door de transitie van de ouderenzorg is het mogelijk geworden om dergelijke extra's aan te bieden als cliënten daarvoor betalen. Tot nu toe heeft bestuurder Jansen in zijn zorgorganisatie het betalen voor extra zorg- en welzijnsdiensten niet toegestaan. Dit in tegenstelling tot sommige andere deelnemende bestuurders die de eerste stappen hebben gezet in het mogelijk maken van aankopen van extra zorg- en welzijnsdiensten door hun cliënten. Allen herkennen het geschetste dilemma uit hun eigen praktijk. Dhr. Jansen verwoordt aan de start van het MB zijn dilemma als volgt:

Jansen: “Voor mij is het een moreel dilemma of ik, zolang we nog over die oude instituten beschikken met grote ruimtes waar mensen zichtbaar bij elkaar zijn, mag invoeren dat mensen die meer financiële mogelijkheden hebben, zorg en diensten kunnen aankopen.”

De heer Jansen ervaart het aanbieden van extra zorg- en welzijnsdiensten tegen betaling als een dilemma omdat door de scheiding tussen cliënten die zich wel en cliënten die zich geen extra's kunnen veroorloven, gelijkheid tussen cliënten verdwijnt. Hij ervaart dit als kwetsend voor en moeilijk uitlegbaar aan cliënten gezien hun afhankelijkheid van de zorgorganisatie. Jansen zegt hierover:

Jansen: “De morele kant die hier aan zit, is: kunnen wij het maken dat in de zorg een scheiding gaat komen tussen mensen die het wel kunnen betalen en mensen die het niet kunnen betalen? Willen wij dit als organisatie, of houden we vast aan het principe dat iedereen gelijk is en gaan we daarom niet mee in de beweging dat een cliënt kan bijkopen? Daarbij telt het feit dat als je met een grote groep afhankelijke mensen in een accommodatie zit, het lastig, misschien wel niet uitlegbaar is, dat je bij de een iets meer kunt doen dan bij de ander(...). Ik vind het kwetsend of pijnlijk als mensen in een grote groep bij elkaar verkeren en je ziet dat sommigen de mogelijkheid hebben om aanvullende zorg bij te kopen.”

Stap 2: Formulering van het dilemma

De facilitator vraagt de groep het morele probleem van dhr. Jansen in de vorm van een dilemma te formuleren. Men identificeert de volgende twee alternatieven:

A. We laten een cliënt niet bijbetalen en B. We laten een cliënt wel bijbetalen. In zijn inleiding brengt Jansen hoofdzakelijk negatieve consequenties naar voren bij een keuze voor optie B. Daarom nodigt de facilitator hem expliciet uit om ook de negatieve consequenties te exploreren bij de keuze voor optie A. In het geval dat er geen morele overwegingen zouden zijn geweest om bijbetalen toe te staan, was er geen sprake geweest van een moreel dilemma.

Facilitator: “Wat zou een negatieve consequentie zijn in geval van een keuze voor optie A, Frits?”

Jansen: “Als ik extra bijbetaling niet toesta, mis ik inkomen (...) Dat wil zeggen, wij als organisatie missen extra inkomen en daarbij komt dat wij dan minder onderscheidend zijn [ten opzichte van andere zorgaanbieders].”

Op dit punt in het MB zijn de negatieve consequenties aan beide zijden van het dilemma helder gemaakt. De resultaten zijn in schema 1 opgenomen.

A: NIET BIJBETALEN	B: WEL BIJBETALEN
Geen extra inkomsten	Aantasting gelijkheid
Minder onderscheidend als organisatie	Niet goed uit te leggen

Schema 1: Schematisch overzicht van de waarden die er voor Jansen aan beide kanten van het dilemma toe doen

Stap 3: Verhelderingsvragen

Na duiding van het dilemma door dhr. Jansen krijgen de andere bestuurders de mogelijkheid om het dilemma verder te exploreren door vragen ter verduidelijking te stellen. Op deze manier krijgen zij een beter beeld van de situatie, zodat zij de mogelijkheid hebben zich te verplaatsen in het perspectief van Jansen. De deelnemers brengen de volgende vragen naar voren:

Groot: “Zou je nog wat meer over de zichtbaarheid kunnen zeggen, Frits, want ik weet niet of ik dat punt precies pak.”

Jansen: “Ja, ik vind het kwetsend of pijnlijk als mensen met een grote groep bij elkaar verkeren en je ziet dat sommige wel de mogelijkheid hebben om aanvullende zorg of dienstverlening bij te kopen.”

Doremalen: “Want als het niet zichtbaar is, heb je er dan geen moeite mee?”

Jansen: “Nee.”

Door uitleg van de relevantie van de waarde zichtbaarheid, maakt de casuseigenaar duidelijk dat in zijn verzorgings- en verpleeghuizen cliënten kunnen zien welke service aan anderen wordt geleverd. Hij maakt duidelijk dat de situatie voor hem hierdoor moreel bezwaarlijk is.

Zuiderma: “De mensen die meer geld hebben, kunnen meer zorg krijgen. Dat kan ten koste gaan van zorg voor mensen die het niet kunnen betalen. Hoe prioriteer je dan bij die schaarste?”

Facilitator: “De basiszorg voor anderen kan daarmee zelfs onder druk komen te staan. Mag ik dat zo zeggen?”

Zuiderma: “Ja, zeker in de komende jaren is dat wel een dilemma.”

Jansen: “Dat vind ik wel een hele ingewikkelde. Moeten wij als instelling inkomenspolitiek bedrijven? Zelf zou ik voorstander zijn van: als je dingen zelf kan betalen, dan moet je geen aanspraak maken op basisvoorzieningen. Laat daar anderen in meedelen die dat harder nodig hebben.”

Jansen geeft aan dat hij moeite heeft met het verstrekken van aanvullende zorg- en welzijnsdiensten tegen extra betaling. Mensen die aanvullende zorg- en welzijnsdiensten kunnen kopen, zouden in zijn ogen eigenlijk ook de basiszorg zelf moeten betalen. Dat betekent dat het aanbieden van extra zorg tegen betaling fricties en spanningen in het bestaande systeem blootlegt; standaard zorg voor iedereen, ongeacht de financiële draagkracht, met daardoor een risico op (te) weinig standaardzorg.

Een andere deelnemer vraagt of er voor Jansen verschil is tussen de situatie in het verpleeghuis (waar zware zorg wordt verleend aan mensen met een ernstige zorgbehoefte) en het verzorgingshuis (waar de zorg en de zorgbehoefte lichter zijn).

Groot: “Speelt jouw dilemma zowel in het verpleeghuis als in het verzorgingshuis?”

Jansen: “Moreel heb ik meer bezwaar in het verpleeghuis dan in het verzorgingshuis; mensen wonen in het verzorgingshuis toch al wat ruimer en wat vrijer.”

Doremalen: “Nog even om het scherp te krijgen waar het precies voor jou speelt. Als mensen in het restaurant [in het verzorgingshuis] zitten, of gewoon bij de maaltijden, ga je dan zo ver dat een glaasje wijn erbij kopen niet kan?”

Jansen: “Een glas wijn bij een maaltijd is lastig in een traditioneel verpleeghuis, of op een dagverblijf [omdat ouderen daar in groepen bijeen verblijven]. Bij de moderne accommodaties van de verzorgingshuizen kan meer, daar kan je het onzichtbaar maken [aangezien cliënten hier hun eigen woonruimte hebben].”

Doremalen: “Dus als het niet zichtbaar is, heb je er totaal geen moeite mee?”

Jansen: “Minder, echt een stuk minder. (...) Ik denk als je burger bent, dan moet je kunnen leven als een burger en dan moet je keuzes kunnen maken en dingen naar je toe kunnen halen die je graag wilt. Op het moment dat dingen onzichtbaar zijn, dan vind ik dat minder kwetsend voor de groep die zich dat niet kan permitteren of daar minder aanspraak op kan maken.”

Boekema: “Frits, heb je er dan ook moeite mee dat verschillen groot zijn in de maatschappij? (...) Waarom mag een verpleeghuis daar geen afspiegeling van zijn?”

Jansen: “Ik vind het een verschil dat op het moment dat je in een verpleeghuis wordt opgenomen, dan kom je in een afhankelijkheidsrelatie, dat is anders dan dat je in de samenleving leeft en op eigen wijze geniet. (...) dus, nee, met verschillen op zich heb ik geen moeite.”

Boekema: “Vind je dan ook dat als je veel financiële middelen hebt, je dan de hulp voor thuis ook maar moet inkopen? Dat je dan geen recht hebt op een verblijf in een verpleeghuis?”

Jansen: “Dat vind ik ingewikkeld. Zelf denk ik dat als je een hoop dingen zelf kunt betalen, je dan geen aanspraak moet maken op basisvoorzieningen, laat daar anderen in meedelen die het harder nodig hebben.”

Groot: “Vanuit welk perspectief of verantwoordelijkheid, Frits, ervaar jij dit dilemma? Als bestuurder, als mens, als voorzitter van je Management Team?”

Jansen: “Primair vanuit mijn mens-zijn, en aan de andere kant als bestuurder. Het is voor mij een dilemma omdat ik als bestuurder in een eindverantwoordelijke rol zit waar ik kan besluiten: dit kan wel, dit kan niet. Onthoud ik mensen niet iets omdat ik vanuit een hoger belang zeg, dit kan niet?”

Aangespoord door de vragen van de andere deelnemers verduidelijkt Jansen de situatie in zijn organisatie verder.

Jansen: (...)“Ik heb gemerkt dat mensen steeds veeleisender worden. Zij vragen: “Wat bied je aan? Wat is hier mogelijk, in deze organisatie?” Wanneer potentiële cliënten ons bezoeken, merken zij dat het een oud gebouw is met een ouderwetse dagopvang waarin een behoorlijk aantal mensen bij elkaar verblijft. En (...) zij vragen: “Zijn er andere of additionele mogelijkheden?” En steeds moet ik antwoorden: “Nee, die zijn er niet.” Mensen zeggen dan meestal: “Dan ga ik ergens anders kijken.”

Op dit punt in het MB is het dilemma van Jansen nader verduidelijkt. Basiszorg moet ongedifferentieerd zijn, maar extra's zouden tot zichtbare verschillen kunnen leiden tussen cliënten die in een groep bijeen wonen. Tegelijkertijd heeft Jansen gemerkt dat de positie van zijn organisatie kwetsbaar is omdat potentiële cliënten naar additionele service vragen die hij niet kan leveren. Enerzijds speelt zijn gevoel voor medemenselijkheid maar anderzijds voelt hij de noodzaak om cliënten de mogelijkheid te bieden om eigen keuzes te kunnen maken.

Stap 4: Analyse in termen van perspectieven, waarden en normen

In de volgende stap worden de perspectieven van de verschillende deelnemers systematisch geïnventariseerd. De facilitator vraagt de deelnemers om belanghebbenden te definiëren en om na te gaan welke waarden en normen voor elke groep van belanghebbenden in het dilemma relevant zijn. Het eerste perspectief dat geëxploreerd wordt betreft de cliënten.

Jansen: “De cliënt met geld vraagt of hij zoveel mogelijk het leven kan blijven leiden binnen, hoe heet dat, de leefstijl die hij/zij altijd gewend is geweest.”

Doremalen: “Heeft het niet alles te maken met keuze en dat die gewoon kan kiezen, keuzevrijheid?”

Zuiderma: “Toch zijn er ook mensen met geld die dat helemaal niet vragen.”

Doremalen: “Nee, daarom zeg ik ook dat het niet zozeer het doorzetten van de leefstijl is, maar dat het meer de keuzevrijheid betreft.”

Zuiderma: “Maar is het ook niet een waarde dat ze gewoon goed verzorgd willen worden? Ik heb cliënten met en zonder geld die zeggen: ‘Ja, luister eens, het zijn jullie verantwoordelijkheden, jullie krijgen geld en jullie moeten gewoon alles doen wat nodig is. Punt’.”

Boekema: “Ik vind dat de cliënt toch ook heel vaak het beeld heeft dat hij recht heeft op het totale pakket.”

Zuiderma: “Zo van, ik ben hier en jullie moeten goed voor mij zorgen!”

Boekema: “Precies, ondanks dat zij dingen nog zelf kunnen doen, eisen zij dat wij het voor hen doen.”

Jansen: “We hebben er voor betaald is het idee.”

Bij het exploreren van het perspectief van de cliënten refereren de bestuurders aan de waarde van recht op zorg en keuzevrijheid. Toch hebben sommige cliënten ook andere overwegingen.

Groot: “Mijn ervaring is dat er cliënten en familieleden zijn die zeggen: ‘Ik voel me verantwoordelijk voor het collectief’. En er zijn cliënten en familieleden die alleen maar gaan voor het zorgpakket voor hun familielid, maar wat dat voor effect heeft voor een andere cliënt is aan de organisatie. Solidariteit speelt dus een rol.”

Boekema: “Maar dan wel solidariteit vanuit de collectieve middelen.(...). Zo hebben wij in onze missie; ‘onze zorg is aanvullend op zelfzorgtekorten’. En daar zit het manco, want cliënten ervaren dat anders. De cliënt heeft zo iets van: ‘Daar heb ik recht op’.”

Doremalen: “Stel dat je tegen een cliënt zegt: ‘U kunt uw eigen appartement nog schoon maken, dus u moet dat zelf doen’. Dan kan het antwoord zijn: ‘Prima, dat kan ik ook uitstekend zelf, maar ik heb mijn hele leven een werkster gehad, dus zeg me maar wat het kost, want dan betaal ik er nu ook voor’. Anders wordt je gedwongen door het systeem iets te doen wat je nog nooit gedaan hebt.”

Schols: “Misschien leeft die solidariteitgedachte nog wel, maar tegenwoordig is het gangbaar dat je als cliënt ook probeert op te komen voor je eigen specifieke wensen.”

Doremalen: “Maar wat betekent dit dan vanuit het gelijkheidsbeginsel van Frits? Moet ik dus dingen gaan doen die niet passen bij mijn levensstijl en die ik mijn hele leven nog niet gedaan heb? En dat omdat Frits de norm heeft dat iedereen gelijk moet zijn?”

Schols: “Maar is solidariteit dan gelijkheid?”

Doremalen: “Solidariteit vind ik nog wat anders, want je kunt met verschillen toch nog altijd solidair zijn. Iedereen hetzelfde vind ik toch wat anders.”

Zuiderma: “Mijn kamer schoonmaken, jouw kamer schoon maken is gelijkheid. En solidariteit...”

Doremalen: “...is dat als jij het nodig hebt dat er schoon gemaakt wordt, ik wil bijdragen, ook al heb ik het niet nodig, dat is solidair.”

Vervolgens wordt het perspectief van de cliëntenraad onderzocht. De

cliëntenraad is een groep mensen die de gemeenschappelijke belangen van cliënten van een zorginstelling behartigt.

Boekema: “De cliëntenraad is op zoek naar gelijkheid binnen organisaties”.

Doremalen: “Bij ons worstelt de cliëntenraad tussen enerzijds het gelijkheidsbeginsel, en anderzijds de keuzevrijheid van de individuele cliënt. Wat is nu het basispakket waarvan we vinden dat het voor iedereen hetzelfde moet zijn, en waar zit het vrije speelveld. Daar hebben ze het heel moeilijk mee.”

Zuiderma: “Ze [de cliëntenraad] wil er geen verantwoordelijkheid in nemen.”

Jansen: “Dat [keuze maken] moet de bestuurder maar doen, de organisatie.”

Doremalen: “Bij ons ligt dat genuanceerder. Als zij in het besluit zijn meegenomen, dan nemen ze daar wel een verantwoordelijkheid in, en gaat ook het cliëntenraadslid dat wel uitleggen en verdedigen.”

De bestuurders identificeren ook de familieleden als belanghebbenden, omdat ze mede betrokken zijn bij de oorspronkelijke keuze tot langdurige opname van hun ouder of partner. Bij de analyse van de waarden van familieleden komt opnieuw de basiszorg ter tafel. Maar ook keuzevrijheid blijft belangrijk. Vanuit het perspectief van familieleden is keuzevrijheid sterk verbonden met eigenwaarde.

Groot: “Volgens mij zitten we hier heel dicht bij het punt of de familieleden de basiszorg wel of niet voldoende vinden.

Boekema: “Vooral uit het oogpunt om zichzelf te ontlasten”.

Groot: “Ik denk dat de waardigheid van het familielid ook in het geding is, en daardoor de vraag naar keuzevrijheid groter...(…). Het is heel moeilijk die stap naar definitieve opname te maken, zeker als men ervaart dat de basiszorg mager is.”

Doremalen: “En een stuk schuldgevoel, ..we hebben het niet volgehouden...(…) Ik zou derhalve willen zeggen dat er, in relatie tot het dilemma dat hier voorligt, nog een ander aspect aan de orde is. Als familielid wil je namelijk het beste voor je moeder of vader. Familieleden zouden kunnen zeggen: ‘Ik zie dit niet als optimale zorg.’ (...) En vervolgens: ‘Oké, dat snap ik, ik begrijp dat de reguliere zorg niets anders biedt dan dit, prima; maar laat mij dan voor extra’s betalen.’ Als je niet aan dergelijke verzoeken tegemoet komt [vanwege je morele overtuigingen] kan dat voor familieleden wellicht onbegrijpelijk zijn.”

Een andere belangrijke groep van belanghebbenden is de zorgprofessionals.

De facilitator wijst op eerdere opmerkingen over de problemen voor zorgprofessionals om onderscheid te maken tussen cliënten als het de zorgverlening aangaat.

Doremalen: “Ja, differentiëren vinden medewerkers moeilijk.”

Jansen: “Ja, iedereen is gelijk. Soberheid en matigheid, ja.”

Zuiderma: “Weet je wat ik ook wel vind bij medewerkers, is dat ze het niet gemakkelijk vinden om het, net als bij de cliëntenraad, uit te leggen. Verantwoordelijkheid nemen voor organisatiebeslissingen, daar vind ik medewerkers niet sterk in.”

Jansen: “Zij [de medewerkers] moeten vertolkers zijn van de boodschap die wij willen uitdragen, maar dat kunnen ze niet en willen ze niet. Ze hebben meer loyaliteit naar de cliënt dan naar de organisatie, denk ik, en dat is ook logisch.”

Doremalen: “Maar zit daar dan wel verschil in? Want bij ons is het echt anders, hoor. Daar ervaren onze medewerkers dat zij met basiszorg wel goede zorg leveren en zelfs dan is voor hen individueel iets voor de cliënt erbij wel redelijk. Dus toch weer het gelijkheidsbeginsel versus de individualiteit.”

Tot slot wordt het perspectief van de maatschappij geadresseerd.

Schols: “Die [de maatschappij] vindt dat het [bijbetalen] moet kunnen.”

Zuiderma: “Nou, die vindt twee dingen; het moet kunnen [bij betalen] maar die vindt ook dat de basiszorg beter moet.”

Facilitator: “En de verzekeraars?”

Doremalen: “Die worstelen erg met wat nu een basispakket is.”

Zuiderma: “De inspectie kijkt op dit moment of wij geen dingen in rekening brengen die eigenlijk onder de basiszorg vallen.”

Jansen: “Ja, eigenlijk is de politiek ook niet rijp voor aanvullingen [zorg bij kopen].”

Zuiderma: “De kosten van de zorg nemen toe. Het is evident dat als mensen meer willen, dat ze dan bovenop de premie extra moeten betalen. Dan komt er ook meer onvrede. De politiek heeft natuurlijk liever dat wij dit in onze eigen organisaties oplossen, dat wij definiëren: Dit is basis en dat krijgt u niet van ons, dat moet u bijbetalen.

PERSPECTIEF	WAARDE	NORM
Clïënt	Keuzevrijheid Eigen levensstijl Recht op basiszorg Solidariteit Gelijkheid	Ik moet door kunnen leven zoals ik gewend ben, ook al heb ik zorg nodig. Ik kom op voor mijn eigen wensen. Ik heb recht op het totale pakket. Ik wil goed verzorgd worden Ik draag bij, ook al heb ik het niet nodig. Ik betaal voor extra service. Iedereen moet dezelfde zorg krijgen.
Clïëntenraad	Gelijkheid Keuzevrijheid Verantwoordelijkheid	Wij moeten het basispakket mee vaststellen dat voor iedereen hetzelfde is. Clïënten moeten kunnen kiezen Als het bestuur besluit, dan leggen wij het wel uit.
Familie	Solidariteit Basiszorg Waardigheid Keuzevrijheid Schuldgevoel	We voelen ons verantwoordelijk voor het collectief. De basiszorg moet goed zijn. Wij kiezen de zorgorganisatie mee uit. Ik wil het beste voor mijn ouders. Ik heb het niet volgehouden.
Zorgprofessionals	Gelijkwaardigheid Soberheid & matigheid Verantwoordelijkheid Loyaliteit Basiszorg Individualiteit	Wij vinden onderscheid maken tussen clïënten moeilijk. Verschillen tussen clïënten zijn moeilijk uitlegbaar. Wij zijn loyaal aan de clïënt. Als de basiszorg goed is, is iets extra's redelijk.
Politiek & Maatschappij	Keuzevrijheid Basiszorg	Bijbetalen moet kunnen Basiszorg moet beter Onvrede moet voorkomen worden

Schema 2: Overzicht van perspectieven, waarden en normen

Stap 5: Individuele afwegingen

Na de analyse van de relevante waarden en normen van de diverse groepen van belanghebbenden, wordt elke deelnemer gevraagd om zijn eigen keuze in het dilemma te maken. Wat zou vanuit de eigen optiek het juiste zijn om te doen? De deelnemers worden tevens uitgenodigd om aan te geven welke waarden aan hun keuze ten grondslag liggen, evenals welke waarden zij in hun keuze niet kunnen realiseren (immers kiezen voor het ene alternatief is kiezen om het andere niet te doen). Ten slotte wordt hun gevraagd te verduidelijken hoe zij denken de negatieve consequenties van hun keuze op te lossen.

Jansen: "Ik kies voor A [niet bijbetalen] met onmiddellijk daarbij aangetekend, met een hele beperkte houdbaarheidsdatum. Het vertrekpunt is voor mij gelijkwaardigheid, waarbij die gelijkwaardigheid/gelijkheid voor mij is ingegeven door de regio waarin ik altijd heb gewerkt. In de toekomst zie ik wel een groei naar scenario B. Uitgangspunt voor mij daarachter is volwaardig burgerschap in een instelling, waarbij je ook individuele keuzes moet kunnen blijven maken, ongeacht dus waar je verblijft. Het nadeel van keuze B is de tweedeling in de zorg, maar dat is inherent aan de samenleving waarin wij op dit moment leven, de wereld is toch anders aan het worden."

Achtereenvolgens verduidelijken de collega-bestuurders hun keuze. Allen kiezen voor optie B: het toestaan van bijbetaling voor additionele service. In hun antwoord zijn de heersende waarden die deze keuze motiveren: het voortzetten van de eigen levensstijl, de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en de keuzevrijheid. Waarden waaraan zij door hun keuze niet tegemoet kunnen komen, zijn gelijkheid en solidariteit.

Groot: “Ik zou voor optie B kiezen. De leidende waarde daarin is de erkenning van de individualiteit. (...) En hoe ik het negatieve van deze keuze zou compenseren [het verlies aan gelijkheid]? Ik zou meer aandacht geven aan het welbevinden en de communicatie [van de zorgprofessionals] door onze medewerkers daarbij dus te coachen door (...) hun vaardigheden te verbeteren en hun vermogen om om te gaan met verschillen in zorg- en dienstverlening aan mensen (...).

Zuiderma: “Ik kies ook B. Mijn doorslaggevende waarde is dat ik zou willen dat mensen gewoon door kunnen leven.(...) Dat is dan zondig met solidariteit. Dus voor mij is het heel belangrijk dat de basiszorg kwalitatief op orde is en voldoende gedifferentieerd.

Boekema: “(...) Ik zou voor optie B kiezen. (...) Ik vind individuele verantwoordelijkheid en individualiteit enorm belangrijk. (...) Ik zou het wel wenselijk vinden om differentiatie toe te staan in termen van: wat heeft men werkelijk nodig.”

Doremalen: “[Het kiezen van optie B garandeert] de vrijheid om keuzes te maken en om een eigen leven te leven. Op het moment dat die ander dat recht neemt stelt hij zich dus bovengeschiedt op ten opzichte van die cliënt. (...) En hoe we het verlies van gelijkheid compenseren? Op dat punt ben ik het volledig met Johanneke (Zuiderma) eens: goede basiszorg; en vóór dat iemand bij ons komt wonen al de discussie en dialoog aangaan.”

De bestuurders die B kiezen, geven in hun afweging aan dat ze de keuzevrijheid voor de cliënt doorslaggevend vinden in hun keuze voor wel of niet bijbetalen. Erkenning van individuele keuzes in levensstijlen vormt hierin een centrale waarde. Daartegenover blijft staan dat de basiszorg beschikbaar moet blijven voor iedereen, onafhankelijk van het inkomen. De keuze om geen extra geld te vragen voor deze basiszorg moet gehandhaafd blijven, ook daar waar mensen wel over voldoende middelen beschikken om die basiszorg zelf te bekostigen. Belangrijk is dat er helderheid bestaat over datgene waar men aanspraak op kan doen, zodat de aanspraak op goede basiszorg voor iedereen gelijk is en onderlinge verschillen verklaarbaar zijn als extra's waar men voor bijbetaalt.

Stap 6: vergelijking van verschillen en dialoog

Op basis van de individuele weging van de waarden die op het spel staan,

reflecteert de groep vervolgens op de bevindingen. In deze stap worden de verschillen tussen de keuzes en waarden geïnventariseerd.

Boekema: *“Ik merk wel dat wij allemaal voor B zijn maar dat de politiek ons nog dwingt om de traditionele waarden aan te hangen zoals gelijkheid, het recht op zorg en solidariteit.”*

Zuiderma: *“Ik denk dat daar onder zit dat, als wij kiezen voor B, expliciet wordt hoe beperkt A is.”*

Boekema: *“We zouden dit thema meer op de politieke agenda moeten zetten (...). Wat er gebeurt is dat een bepaalde groep gewoon teveel krijgt, die claimt recht op basis van een indicatie terwijl ze een aantal dingen nog prima zelfstandig zou kunnen. Je zou het basispakket volledig moeten afslanken ten gunste van de groep die in mijn ogen te weinig zorg krijgen.”*

Zuiderma: *“Ja, want nu doen wij het impliciet, laten we het ene onderdeel overschrijden en het andere deel onderschrijven.”*

Doremalen: *“Nou, om nu te zeggen ‘ik ga onderling die solidariteit regelen: ‘Ik kan niet zeggen ‘hier had u eigenlijk recht op maar wij halen er even 25% af want wij komen bij mensen met grotere zorgbehoefte wat te kort’.”*

Zuiderma: *“Daarom doe ik in mijn organisatie nog A [niet bijbetalen], omdat ik het basispakket niet goed kan definiëren.”*

De bestuurders concluderen dat er een discrepantie bestaat tussen de politieke druk om aan gelijkheid, recht op zorg en solidariteit vast te houden enerzijds, en de gevoelde noodzaak tot differentiatie anderzijds. Ook wordt opgemerkt dat differentiatie de beperkingen van de basiszorg zichtbaar maakt. De deelnemers zijn het erover eens dat een beperkt maar duidelijk en uniform pakket aan basiszorg een goede situatie zou zijn. Bovenop deze basiszorg kunnen mensen die omschreven extra zorg nodig hebben, deze binnen bepaalde kaders verkrijgen zonder bij te betalen, als ze dat niet kunnen. Anderen, die het zich financieel kunnen veroorloven, zouden voor deze extra zorg wel moeten bijbetalen. Zij kunnen bovendien, als zij dat wensen, nog meer mogelijkheden hebben voor luxere zorg en service, zoals extra uren verzorging naar individuele wens of een glas wijn bij het diner, waarvoor zij dan extra moeten betalen. Op deze manier zou de situatie in de zorginstellingen meer de situatie representeren zoals gangbaar in de maatschappij zelf. Mensen zouden zich dan meer verzorgd voelen op een individuele basis, zonder het verlies van basiszorg en of basiszorg-plus voor hen die dat nodig hebben.

Een ander punt is, volgens de groep, dat er meer aandacht besteed moet worden aan een goede communicatie met cliënten, familie en

zorgprofessionals. Complexe politieke besluitvorming brengt vragen naar voren die openlijk besproken zouden moeten worden met de diverse groepen van belanghebbenden.

Stap 7: Afronding en evaluatie

Tot slot nodigt de facilitator de deelnemers uit om te reflecteren op de opbrengst van de sessie. Deze stap is bedoeld om de geleerde lessen en de verkregen nieuwe inzichten te expliciteren. Sommige deelnemers geven aan dat zij zich nu het belang realiseren van zienswijzen van andere belanghebbenden, zoals cliënten met traditionele zienswijzen of zorgprofessionals.

Jansen: “Ik besef nu dat ik me voor een groot deel laat leiden door de opvatting in een groot deel van mijn verzorgingsgebied waar allemaal soberheid, gematigdheid vanuit die religie, vanuit die confessie zo dominant geworden is.”

Jansen: “En ik zat te denken, dat heb ik me nog nooit gerealiseerd, daar moet ik ook eens aan denken, wat betekent het voor anderen? Want als ik een keuze maak, heeft het ook duidelijk consequenties voor het handelen van bijvoorbeeld mijn personeel.”

Andere deelnemers refereren in deze evaluerende stap aan het verschil tussen het maken van beleid en het daadwerkelijk afdwingen ervan:

Zuiderma: “Vanuit onze positie is zeggen dat je B [wel bijbetalen] moet doen gemakkelijk, maar het echt uitvoeren is een tweede. En het woord onrust vind ik hierbij essentieel. Ik vind dat je een verantwoordelijkheid met elkaar hebt voor wat er gebeurt als je ander beleid inzet.”

Doremalen: “In die zin onderschatten wij denk ik toch ook als je iets uitlegt, in hoeverre mensen dat ook echt snappen en onrust ontstaat.”

Groot: “Ja, het is zo dat er [na invoering beleid voor bij betalen] onrust zal ontstaan. Dat is bedreigend. Dus je zult moeten handelen.....wij kunnen als bestuurder natuurlijk kiezen en dat even regelen maar.....Je punt [ontstaan van onrust] vind ik wel heel veel toevoegen.”

Sommige deelnemers geven aan geïnspireerd te zijn nu ze ervaren dat alle deelnemers in een verschillend stadium zijn van het doorvoeren van differentiatiebeleid in de zorg. Samenhangend hiermee hebben zij de verbreding in benadering van het dilemma gewaardeerd.

Schols: “Wat ik heel belangrijk vind is dat het een proces is, het is een groeimodel... We zitten in verschillende ontwikkelstadia, dat kun je duidelijk merken.”

Groot: “Het is dus goed om breder naar een dilemma te kijken.”

Zuiderma: “Omdat je die waarden erin betreft kan je voor jezelf wat dieper denken.”

Boekema: “Ja, ik vind het heel goed om dit [MB bijeenkomst] te doen. Ik vind eigenlijk dat wij als bestuurders te weinig dit soort discussies voeren. Het gaat altijd om geld en te weinig om de inhoud.”

Zuiderma: “Je zou eens een MB met politici moeten doen.”

Jansen: “Waar we nu over praten, dan praat je echt over normen en waarden in de zorg en echt over hoe je als bestuurder toch tot bepaalde keuzes moet komen en dat je soms in een bepaald traject zit van denken maar dat je dan heel erg gevoed wordt, vind ik toch, door hele andere inzichten die mij wel een heel stuk verder brengen in mijn denken, en ook voor wat betreft de keuzes naar de toekomst toe. Dus ik, ja het heeft mij in ieder geval al een heel eind gebracht van A op weg naar B.”

Wanneer de deelnemende bestuurders verwoorden wat de MD bijeenkomst voor hen betekent, refereren ze aan de verbreding van perspectieven en de betekenis van het exploreren van waarden. Dit voorkomt dat vraagstukken alleen van een financiële kant worden benaderd. Zij waarderen dat de methode hen helpt om nieuwe elementen van een casus te ontdekken en nieuwe aspecten van hun ervaring te expliciteren. De heer Jansen geeft aan het einde van de reflectie aan dat de MB bijeenkomst hem geholpen heeft bij zijn overwegingen die samenhangen met de onvermijdelijke toekomstige stap naar het aanbieden van additionele zorg tegen bijbetaling.

5.4 Discussie

In deze studie zijn wij ingegaan op de morele aspecten van het werk van bestuurders in de ouderenzorg nu de overheid in het veranderde ouderenbeleid hun handelen niet meer exact voorschrijft, maar van hen een grotere eigen verantwoordelijkheid verwacht. Wij hebben dit onderzocht aan de hand van een Moreel Beraad (MB) waaraan bestuurders in de ouderenzorg participeerden en die gestructureerd was volgens de dilemma-methode (Molewijk et al. 2008a; Graste 2003). Hieronder gaan we in op de inzichten die het MB inhoudelijk heeft opgeleverd. Vervolgens bespreken we enkele methodologische aspecten.

Het dilemma van bestuurder Jansen is illustratief voor dilemma's die ontstaan door het verschuiven van waarden en normen, een situatie waarvan sprake is in de ouderenzorg (Grit 2004; Noordegraaf & Meurs 2002; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Scheer van der 2007). Jansen kan niet meer terugvallen op prescriptief overheidsbeleid nu dit is weggefallen, en vraagstukken zoals deze juist aan de bestuurders in de ouderenzorg zelf worden overgelaten. Hij moet zelfstandig komen tot een besluit waarbij van hem een moreel verantwoorde, en bedrijfsmatig effectieve weging verwacht wordt (Ciulla 2009; Hemingway & MacLagan 2004; Lurie & Albin 2007). In het

vraagstuk zijn voor Jansen twee centrale waarden strijdig; gelijkheid in de zorg botst voor hem met het tegemoet komen aan individuele wensen van cliënten als zij daar extra voor betalen. Botsende waarden geven spanningen en conflict (Walker 1998). De waarde die Jansen hecht aan gelijkheid krijgt een concrete betekenis als hij aangeeft het kwetsend te vinden als dit soort verschillen tussen van zorg afhankelijke cliënten zichtbaar zijn.

Het onderzoek van de waarde 'solidariteit' resulteert in het inzicht dat gelijkheid ertoe leidt dat van alle cliënten die dit zelf nog kunnen, gevraagd zou moeten worden ook zelf hun eigen appartement schoon te (laten) houden. Ongeacht of zij dit willen of kunnen bijbetalen, en ongeacht of zij dit vroeger zelf deden of voor opname in de instelling tegen betaling regelden. Door hierop te reflecteren, komen de bestuurders tot het inzicht dat solidariteit ook mogelijk is bij erkenning van onderlinge verschillen. Solidariteit kan inhouden dat een cliënt die wil betalen voor het schoonmaken, en dit ook doet, meewerkt aan het scheppen van financiële ruimte voor het schoonmaken van de kamers van andere cliënten die dit niet zelf kunnen betalen. Door de waarde 'solidariteit' zo in te vullen, konden de bestuurders betekenis geven aan deze waarde en aan de concrete consequenties ervan in de praktijk. Dit is een illustratie van het feit dat het in een context plaatsen van een moreel vraagstuk bijdraagt aan reflectie op en inzicht in wat er moreel toe doet (Black 2008; Widdershoven & Abma 2007).

Tijdens de deliberatie over de betekenis van de waarden 'solidariteit' en 'gelijkheid' aan de hand van het voorbeeld over het zelf schoonmaken van het appartement, treedt een gezamenlijk leermoment op. Er ontstaat een gedeeld perspectief op wat ertoe doet wanneer besproken wordt wat de consequenties van de waarde 'gelijkheid' in de praktijk concreet betekenen. Dit is in lijn met de eerder in diverse studies aangegeven notie dat deliberatie als een systematische, dynamische en groeiende procesmatige gebeurtenis bijdraagt aan reflectie op en verdieping van inzichten ten aanzien van het dilemma over wat er moreel toe doet, en waarbij het tot stand komen van een gezamenlijk inzicht ondersteund wordt (Abma & In 't Veld 2001; Abma, Molewijk & Widdershoven 2009; Stewart & Zediker 2000; Widdershoven 2005; Widdershoven & Abma 2007).

Gezamenlijk komen de bestuurders tot de constatering dat solidariteit niet één op één de betekenis van gelijkheid heeft of zou moeten hebben. Tevens ontstaat een nieuw perspectief op de noodzakelijke kwaliteit van zorg voor iedereen. Op dit moment is de basiszorg waar iedereen recht op heeft in hun ogen onvoldoende van kwaliteit, zodat het aanbieden van extra's een schrijnend effect heeft. Dit kan worden ondervangen door de basiszorg waar iedereen recht op heeft te beperken, en tegelijkertijd te garanderen dat diegenen die niet meer kunnen betalen toch (binnen duidelijke kaders) een passend pakket van zorg kunnen krijgen. De deelnemende bestuurders geven aan dat er keuzevrijheid moet zijn voor het laten bijbetalen voor extra service, maar ook recht gedaan moet blijven worden aan solidariteit door het opplussen van de basiszorg voor diegenen die geen extra's kunnen betalen. In hun feedback over het proces van het MB bevestigen de bestuurders dat hun zienswijze op de perspectieven van

diverse groepen van belanghebbenden verbreed is, net als de betekenis in de praktijk van de waarden die aan die perspectieven ten grondslag liggen.

De bevindingen van deze studie zijn niet bedoeld voor generalistische conclusies maar kunnen door de lezer vertaald worden naar de eigen situatie (Guba & Lincoln 1989; Stake 2005). De studie is beperkt tot een dialoog tussen bestuurders. Samen hebben zij gedelibereerd over hun eigen perspectief en perspectieven van belanghebbenden, de waarden die ertoe doen en de betekenis die deze hebben in de praktijk. Er was sprake van een homogene groep deelnemers. De belanghebbenden waarover gedelibereerd werd, waren niet zelf vertegenwoordigd. Deliberatie over vraagstukken in de ouderenzorg, zoals het dilemma van bestuurder Jansen, met een heterogene groep deelnemers waarin ook cliënten, familieleden of zorgprofessionals vertegenwoordigd zijn, zou kunnen leiden tot aanvullende inzichten en wellicht een nog bredere zienswijze op de waarden die ertoe doen. In die zin kan vervolgonderzoek naar een heterogene groepsdialoog waardevol zijn.

5.5 Conclusie

In het veranderde ouderenbeleid schrijft de overheid het handelen van bestuurders in de ouderenzorg niet langer voor. Van bestuurders wordt een eigen verantwoordelijkheid verwacht. Dit noopt tot reflectie op fundamentele waarden. Hoe af te wegen tussen gelijkheid en individualiteit? Het Moreel Beraad leidt tot een nieuw perspectief op solidariteit. Door niet uit te gaan van gelijkheid, maar van verschil, kan een situatie worden gecreëerd waarin extra financiële ruimte beschikbaar komt voor het in stand houden van voldoende basiszorg. Het systematisch delibereren over dilemma's verdiept en verbreedt het inzicht van bestuurders in de waarden die ertoe doen en de betekenis die deze hebben in de praktijk. Het dynamische karakter van het deliberatieproces, waarbij het expliciteren van de eigen motivatie en het reflecteren op morele overwegingen van anderen de basis vormen, leidt tot een leerproces dat wordt gekenmerkt door een versmelting van perspectieven en het ontstaan van gezamenlijk inzicht in wat ertoe doet en hoe hiernaar te handelen. Het systematisch delibereren door bestuurders in de ouderenzorg draagt zo bij tot moreel verantwoorde overwegingen en beslissingen.

Literatuurlijst

Abma, TA, Baur, V, Molewijk, B & Widdershoven, GM 2010, 'Inter-ethics: Towards an interactive and interdependent bioethics', *Bioethics*, vol. 24, no. 5, pp. 242-256.

Abma, TA, Molewijk, B & Widdershoven, GAM 2009, 'Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation', *Health Care Analysis*, vol. 17, no. 3, pp. 217-235.

Abma, T & In 't Veld, R (eds.) 2001, *Handboek beleidswetenschap: Perspectieven, thema's en praktijkvoorbeelden*, Boom, Amsterdam.

Abma, T & Widdershoven, G 2005, 'Sharing Stories; Narrative and dialogue in responsive nursing evaluation', *Evaluation & The Health Professions*, vol. 28, no. 1, pp. 90-109.

Black, L 2008, 'Deliberation, Storytelling, and Dialogic Moments', *Communication Theory*, vol. 18, no. 1, pp. 93-116.

Ciulla, JB 2009, 'Leadership and the Ethics of Care', *Journal of Business Ethics*, vol. 88, no. 1, pp. 3-4.

Fisscher, O, Nijhof A & Steensma, H 2003, 'Dynamics in Responsible Behaviour In Search of Mechanisms for Coping with Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 44, no. 2, pp. 209-224.

Giddens, A 1987, *Social theory and modern sociology*, Polity Press, Cambridge.

Graste, J 2003, 'Omgaan met dilemma's; een methode voor ethische reflectie', in H Manschot & H Dartel van (eds.), *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam, pp. 43-62.

Grit, K 2004, 'Corporate Citizenship: How to Strengthen the Social Responsibility of Managers?' *Journal of Business Ethics*, Vol. 53, No. 1/2, pp. 97-106.

Guba, EG & Lincoln, YS 1989, *Fourth generation evaluation*, Sage Publications, Newbury Park.

Hemingway, CA & MacLagan, PW 2004, 'Managers' Personal Values as Drivers of Corporate Social Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 50, no. 1, pp. 33-44.

Lieblich, A, Tuval-Mashiach, R & Zilber, T 1998, *Narrative research : reading, analysis and interpretation*, Sage Publications, Thousand Oaks.

- Lurie, Y & Albin, R 2007, 'Moral Dilemmas in Business Ethics : From Decision Procedures to Edifying Perspectives', *Journal of Business Ethics*, vol. 71, no. 2, pp. 195-207.
- Manschot, H & Dartel van, H 2003, *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam.
- Meadows, LM & Morse, JM 2001, 'Constructing evidence within a qualitative project', in JM Morse, JM Swanson, & AJ Kuzel (eds.), *The nature of Qualitative Evidence*, Sage, Thousand Oaks, pp. 187-201.
- Meurs, P & Grinten van der, T 2005, *Gemengd besturen: besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, Academic Service, Den Haag.
- Molewijk, AC, Abma, T, Stolper, M & Widdershoven, G 2008a, 'Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation', *Journal of Medical Ethics*, vol. 34, no. 2, pp. 120-124.
- Molewijk, B, Verkerk, M, Milius, H & Widdershoven, G 2008b, 'Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome', *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 11, no. 1, pp. 43-56.
- Noordegraaf, M & Meurs, P 2002, 'Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg', *M & O: Tijdschrift voor Organisatiekunde en Sociaal Beleid*, vol. 56, no. 3, pp. 22-39.
- Noordegraaf, M, Meurs, P & Montijn-Stoopendaal, A 2005, 'Pushed organizational pulls: Changing responsibilities, roles and relations of Dutch health care executives', *Public Management Review* vol. 7, no. 1, pp. 25-43.
- Noordegraaf, M & Meulen van der, M 2008, 'Professional power play: Organizing management in health care', *Public Administration*, vol. 86, no. 4, pp. 1055-1070.
- Oborn, E, Barrett, M & Exworthy, M 2011, 'Policy entrepreneurship in the development of public sector strategy: The case of London health reform', *Public Administration*, vol. 89, no. 2, pp. 325-344.
- Pollitt, C & Bouckaert, G 2004, *Public management reform: A comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford.
- Ryfe, D 2006, 'Narrative and Deliberation in Small Group Forums', *Journal of Applied Communication Research*, vol. 34, no. 1, pp. 72-93.

- Scheer van der, W 2007, 'Is the new health-care executive an entrepreneur?' *Public Management Review*, vol. 9, no. 1, pp. 49-65.
- Stake, RE 2005, Qualitative Case studies, in NK Denzin, & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 98-117.
- Steinkamp, N & Gordijn, B 2003, 'Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods', *Medicine, Health Care & Philosophy*, vol. 6, no. 3, pp. 235-246.
- Stewart, J & Zediker, K 2000, 'Dialogue As Tensional, Ethical Practice', *The Southern Communication Journal*, vol. 65, no. 2-3, pp. 224-242.
- Walker, MU 1998, *Moral understandings: A feminist study in ethics*, Routledge, New York.
- Widdershoven, G 2005, 'Interpretation and dialogue in hermeneutic ethics', in RE Ashcroft, A Lucassen, M Parker, M Verkerk & G Widdershoven (eds.), *Case analysis in clinical ethics*, Cambridge University Press, Cambridge, pp 55-75.
- Widdershoven, GAM & Abma, T 2007, 'Hermeneutic ethics between practice and theory', in RE Ashcroft, A Dawson & H Draper (eds.), *Principles of health care ethics*, Wiley, Chichester, pp. 215-223.
- Widdershoven, G, Abma, T & Molewijk, B 2009, 'Empirical ethics as dialogical practice', *Bioethics*, vol. 23, no. 4, pp. 236-248.
- Widdershoven, G, Molewijk, B & Abma, T 2009, 'Improving care and ethics: a plea for interactive empirical ethics', *American Journal of Bioethics*, vol. 9, no. 6-7, pp. 99-101.

HOOFDSTUK 6

Grand Café of kroeg?

Verscheidenheid in en dynamiek tussen morele perspectieven op nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg

L. van Gastel, K.G. Luijkx, T.AAbma, G.A.M. Widdershoven, J.M.G.A. Schols

Samenvatting

Nederlandse bestuurders in de ouderenzorg hebben door veranderingen in het ouderenzorgbeleid meer dan vroeger een eigen verantwoordelijkheid gekregen om met diverse partijen nieuwe zorg- en dienstverleningsvormen te ontwikkelen. Aangezien de overheid hier geen leidende rol meer in speelt, vinden dergelijke ontwikkelingen plaats met toegenomen ruimte voor morele betekenisgeving van betrokken partijen. In deze context is het een relevante vraag wat morele overwegingen van diverse belanghebbende partijen betekenen voor het realiseren van nieuwe zorg- en dienstverleningsvormen in de ouderenzorg. Om inzicht te krijgen in de verscheidenheid van, en de dynamiek tussen morele perspectieven van een bestuurder en andere stakeholders op ontwikkelingen in de ouderenzorg, is de casus van een horecavoorziening in een zorginstelling bestudeerd met behulp van een heterogene Moreel Beraad bijeenkomst die gestructureerd was volgens de dilemma-methode. Met deze voorziening wordt een wijkgerichte welzijns- en ontmoetingsfunctie beoogd voor zowel intramurale cliënten, hun familie en vrienden als ook bezoekers uit de wijk en toevallige passanten. De horecavoorziening is verliesgevend. De vraag ligt voor of het moreel juist is dat de verliezen worden aangevuld vanuit het zorgbudget van de instelling. In het MB blijken verschillende morele overwegingen en waarden van belang in de casus. Enerzijds is het de vraag of zorggelden mogen worden ingezet voor welzijn. Anderzijds is het de vraag of gelden bestemd voor bewoners ten goede mogen komen aan niet-bewoners. Naast deze uit de literatuur bekende waarden in de zorg spelen ook andere waarden, zoals de belasting van vrijwilligers en de vraag of het drinkgedrag in het ook voor buitenstaanders toegankelijke café gepast is en bijdraagt aan de sociale inclusie van de bewoners. De genoemde morele gezichtspunten worden door de deelnemers aan het MB verschillend geïnterpreteerd en gewaardeerd. De dialoog leidt tot een verbreding van inzicht in normatieve aspecten en overwegingen bij de betrokkenen en erkenning van de noodzaak om meer rekening te houden met de ervaringen en perspectieven van de ouderen die van het Grand Café gebruik maken. Omdat de betekenisgeving aan nieuw ontwikkelde zorg- en dienstverleningsvormen geen statisch fenomeen is, maar een dynamisch gebeuren, vraagt dit om dialoog met alle betrokkenen, en dan niet alleen bij de start, maar meermalen na realisatie, om de zorg- of dienstverlening op hun behoeften aangesloten te houden.

6.1 Inleiding

Vanwege de snelle vergrijzing van de bevolking zijn in Nederland evenals in andere Europese landen veranderingen in de ouderenzorg gaande om de zorg en dienstverlening ook in de toekomst goed en betaalbaar te houden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005; 2011; Dekker et al. 2012). Eén van de veranderingen is het grotendeels delegeren van de verantwoordelijkheid voor zorg- en dienstverleningsvormen voor ouderen naar lokale overheden (gemeenten), zorgaanbieders en andere relevante stakeholders, waaronder verzekeraars, welzijnsorganisaties, vertegenwoordigende organisaties van ouderen en hun familie. Zij hebben een gedeelde verantwoordelijkheid toegedeeld gekregen om ouderen te ondersteunen bij het zo lang mogelijk zelfstandig functioneren, eventueel ondersteund door hun eigen sociale netwerk (VWS 2006; 2011). De overheid trekt zich hierbij steeds meer terug, is niet meer leidend, en probeert bovendien zo veel mogelijk marktwerking te stimuleren (VWS 2005). In deze veranderende context hebben de stakeholders in de ouderenzorg, waaronder ook de institutionele zorgaanbieders meer vrijheid van handelen gekregen in de concurrerende zorgmarkt (Meurs & Grinten van der 2005; Putters 2009; Scheer van der 2007; Stoopendaal 2009). Op eigen initiatief realiseren zij nieuwe zorg- en dienstverleningsvormen zonder een overheidsleidraad wat hen onzekerheid geeft over hoe precies te handelen. (Fisscher, Nijhof & Steensma 2003; Grit 2004; Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Oborn, Barrett & Exworthy 2011; Putters 2009). Voorbeelden van nieuwe zorg- en dienstverleningsvormen die ingezet worden, zijn kleinschalige woonzorgvormen met zorgarrangementen op maat, de ontwikkeling van gespecialiseerde centra voor ouderen met een specifiek ziektebeeld of het aan cliënten van buiten de zorginstellingen aanbieden van zorg- en dienstverlening zoals ontspannings- en horeca-activiteiten. Wat goede ontwikkelingen in deze veranderende ouderenzorg zijn alsook hoe, met wie en voor wie deze tot stand te brengen, wordt niet meer door de overheid vooraf bepaald (Meurs & Grinten van der 2005; Noordegraaf & Meulen van der 2008; Oborn, Barrett & Exworthy 2011; Pollitt & Bouckaert 2004). Er is een toegenomen vrijheid in handelen waarbij op voorhand niet vastligt wat onder een goede ontwikkeling verstaan mag worden; een zogenoemde morele ruimte (Lurie & Albin 2007; Poel van de & Royakkers 2007). Reflectie op de eigen morele waarden door hen die een ontwikkeling tot stand brengen en afstemming met andere stakeholders over hun waarden en normen, is hiermee van in de zorg toenemend belang (Abma, Molewijk & Widdershoven 2009; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009).

Gezien deze veranderende en openliggende morele ruimte waarin de ouderenzorg zich momenteel bevindt, is het een relevante vraag wat morele overwegingen van diverse belanghebbende partijen - de stakeholders - betekenen voor het realiseren en in gebruik nemen van nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg. Om inzicht te krijgen in diversiteit van en dynamiek tussen morele perspectieven bestuderen wij als voorbeeld een actuele ontwikkeling

in de ouderenzorg. Wij hebben hiervoor de casus onderzocht van een onder het nieuwe overheidsbeleid ontwikkelde horecavoorziening binnen één van de recent gebouwde zorglocaties van zorgorganisatie Waterland (pseudoniem). Met deze horecavoorziening beoogt het bestuur van Waterland een wijkgerichte welzijns- en ontmoetingsfunctie te realiseren voor zowel intramurale cliënten, hun familie en vrienden alsook bezoekers uit de wijk en toevallige passanten. Omdat deze voorziening structureel verliesgevend blijkt te zijn, is voor het bestuur en de stakeholders van Waterland het probleem van de houdbaarheid van deze voorziening actueel. Onze studie beschrijft hoe de bestuurder van Waterland en de overige stakeholders deze casus onderling bespreken in een Moreel Beraad bijeenkomst, welke betekenis zij geven aan de horecavoorziening en hoe ze omgaan met morele overtuigingen en overwegingen. Doel is om een beter beeld te krijgen van wat diversiteit in morele overtuigingen en overwegingen betekent voor nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg. Onze bevindingen zijn niet bedoeld voor generalistische conclusies maar als reflectiemateriaal voor stakeholders die betrokken zijn bij nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg waarbij verschillende morele perspectieven spelen, zodat zij ervan kunnen leren en het kunnen betrekken op de eigen situatie (Guba & Lincoln 1989; Stake 2005).

6.2 Methode

In deze studie hebben wij gebruik gemaakt van een heterogene Moreel Beraad bijeenkomst waaraan de bestuurder van Waterland, een grote organisatie voor zorg- en dienstverlening aan ouderen, en andere stakeholders deelnamen. Een Moreel Beraad is een dialogisch proces van exploratie en uitwisseling van morele zienswijzen waarin deelnemers ondersteund worden om te reflecteren op en hun inzichten te verdiepen in morele vraagstukken (Abma et al. 2009; Manschot & Dartel van 2003; Widdershoven et al. 2009). Een Moreel Beraad gestructureerd volgens de dilemma-methode, zoals door ons gehanteerd, is in het bijzonder gericht op het dialogisch uitwisselen van morele perspectieven en achterliggende fundamentele morele overwegingen (Graste 2003; Molewijk et al. 2008a). Tijdens de dialogische interactie in een MB geven de deelnemers actief vorm aan moraliteit in hun dagelijkse praktijk en onderhandelen zij van moment tot moment over waarden op basis van hun fundamentele overwegingen (Walker 1998; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). Theoretisch uitgangspunt hierbij is de moreel-constructivistische benadering van Walker (Walker 1998). Volgens deze benadering liggen waarden ten grondslag aan ons moreel perspectief dat wij in communicatie over en weer met anderen richting geven en ontwikkelen (Tronto 1993; Walker 1998).

In het Moreel Beraad (MB), dat hier gepresenteerd wordt, is gebruik gemaakt van de dilemmamethode. Een dilemma kenmerkt zich door twee keuzemogelijkheden met elk voor- en nadelen. Bij de dilemma-methode worden verschillende perspectieven op de casus geanalyseerd in termen van

waarden en bijbehorende normen (Dam van der et al. 2011a; Molewijk et al. 2008b). Een bijeenkomst die op dergelijke wijze ingericht is, heeft als doel om de morele perspectieven van de deelnemers op de casus te expliciteren en met de inbreng van ieders morele overwegingen wederzijdse reflectie te stimuleren om het morele inzicht in de casus te vergroten. De facilitator van de dialoog bewaakt een open en veilige sfeer: een voorwaarde om met respect voor elkaars perspectieven de eigen ervaringen en morele overwegingen vrijelijk naar voren te kunnen brengen (Dam van der et al. 2011b) en tevens een voorwaarde om de grenzen van het eigen perspectief te onderzoeken en open te staan voor interactie (Widdershoven & Abma 2007).

Het MB is gehouden in 2011 en vond plaats in een specifiek voor besprekingen ingerichte ruimte waarbij de deelnemers op comfortabele wijze met elkaar konden praten. Decasus is door de bestuurder van Waterland gekozen. Bij de samenstelling van het MB hebben we de bestuurder van Waterland gevraagd wie met betrekking tot deze casus in zijn dagelijkse bestuurspraktijk voor hem relevant zijn. Om de heterogeniteit van het MB te waarborgen, hebben wij bij de samenstelling erop gelet dat in ieder geval vertegenwoordigd zouden zijn: interne en externe stakeholders, organisatorische en financiële stakeholders en vertegenwoordigers van gebruikers van het Grand Café. Op suggestie van de bestuurder zijn veertien mensen uitgenodigd. Van hen waren er drie verhinderd. Tevens waren de facilitator en drie andere bij deze studie betrokken onderzoekers aanwezig (zie overzicht 1). De namen van de bestuurder en de overige stakeholders zijn geanonimiseerd.

DEELNEMER

Bestuur

Bestuurder	Dhr. Jansen
Mede-bestuurder	Mevr. Terbraak
Secretaris bestuur	Dhr. Schaap
Controller	Dhr. Meeus
Manager facilitaire dienst	Dhr. Goeree
Divisiemanager verzorgingshuis en extramuraal	Mevr. Beer
Divisiemanager behandeling en begeleiding	Dhr. Lange
Voorzitter OR	Dhr. Pietersen

Belangenbehartigers ouderen

Voorzitter lokale cliëntenraad	Dhr. Moons
Directeur Stichting Welzijn Ouderen	Dhr. Zuylen

Financiers

Burgemeester zorggebied met portefeuille volksgezondheid en welzijn	Dhr. Ooms
---	-----------

Overzicht 1: Deelnemers aan het Moreel Beraad

Om de morele perspectieven en de dynamiek waarin deze besproken werden, te kunnen bestuderen, is gebruik gemaakt van zowel inhouds- als conversatieanalyse. In de inhoudsanalyse is een open codering gehanteerd. In een afwisselend inductief en deductief analyseproces zijn categorieën onderscheiden en met elkaar in verband gebracht. Deze procedure is in lijn met de grounded theorie (Corbin & Strauss 2008).

Met behulp van conversatieanalyse is bestudeerd hoe de morele perspectieven zich in dialoog ontwikkelden. Het theoretisch uitgangspunt hierbij was de moreel-constructivistische benadering van Walker (Walker, 1998). Volgens deze benadering zijn morele overtuigingen en overwegingen gegrond in waarden die worden ontwikkeld in interactie met anderen. De interactie in het MB is beschouwd als een proces van onderhandeling over waarden (Stewart & Zediker 2000). Dit impliceert een manoeuvreren rond spanningen tussen waarden op basis van fundamentele motieven en normatieve overwegingen (Barbour & Kitzynger 1999). Gevoelige momenten in de interactie geven inzicht in waar mensen voor staan en in de waarden die er voor hen toe doen (Kitzynger & Farguhar 1999; Stewart & Zediker 2000). Voorbeelden van dergelijke gevoelige momenten zijn aarzeling bij de inbreng van de eigen zienswijze, verdediging ervan, verbazing of emotionele reacties op de inbreng van overwegingen door een ander zoals lachen of zwijgen. Deze momenten bieden inzicht in de variëteit in en conflicten tussen morele perspectieven van verschillende stakeholders in verschillende situaties; wat zij willen behouden en wat zij veranderd willen zien op basis van hun fundamentele motieven.

Om recht te doen aan de morele perspectieven van de deelnemers en hun achterliggende motieven is tijdens het MB aan de deelnemers ruimte gegeven om hun ervaringen en overwegingen vrijelijk naar voren te brengen, en zo sociaal wenselijke morele perspectieven zoveel mogelijk te beperken (Meadows & Morse 2001). De deelnemers werden uitgenodigd om hun morele overwegingen te expliciteren. Tevens hebben ze in onderling overleg perspectieven geïnterpreteerd van stakeholders die niet vertegenwoordigd waren. Om de betrouwbaarheid te vergroten is van de resultaten een verslag gemaakt dat aan de deelnemers is voorgelegd. Aan elke deelnemer afzonderlijk is gevraagd of hij of zij zich in het verslag kon herkennen, de zogenaamde member-check procedure (Meadows & Morse 2001). Alle deelnemers waren akkoord met het verslag van het MB.

De dialoog in het MB is in zijn geheel op band opgenomen en verbatim uitgetypt. Het transcript is allereerst geanalyseerd door de eerste onderzoekster (LvG) en vervolgens door een tweede onderzoekster (KL). Omdat naast de eigen interpretaties van de deelnemers van hun normatieve overwegingen gedurende de dialoog ook de onderzoeksters het interpretatieproces en het dialogische leerproces van de deelnemers hebben gereconstrueerd, is sprake van een dubbele hermeneutiek (Giddens 1987). Een belangrijk kwaliteitscriterium van hermeneutische interpretaties is de betrouwbaarheid van de analyses. Bij de inhoudsanalyse is gebruik gemaakt van co-codering, waarbij meerdere onderzoekers codes toewijzen aan het transcript, om de betrouwbaarheid van de codering te vergroten. De eerste en de tweede auteur hebben het transcript geanalyseerd, waarna er na discussie overeenstemming is gekomen over de toegewezen codes. De voor de categorieën relevante citaten uit de transcripten zijn gebruikt ter illustratie van de gevonden resultaten (Boeije 2005). Om de betrouwbaarheid in de conversatieanalyse te verhogen zijn de gescheiden

bevindingen van de eerste en van de tweede onderzoekster over de individuele inbreng van de morele perspectieven van de deelnemers en de dialoog hierover onderling bediscussieerd (Guba & Lincoln 1989; Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998). Daarnaast is gebruik gemaakt van triangulatie door vergelijking van de uitspraken van de deelnemers met uitkomsten uit eerdere interviews met hen (zie hoofdstuk 4). Dat de onderzoeksters zich hierbij bewust waren van hun rol als interpretatoren draagt bij aan de geloofwaardigheid van het empirische materiaal (Meadows & Morse 2001). De analyses zijn - zo vaak als nodig om overeenstemming te bereiken - in het auteursteam besproken (Stake 2005).

6.3 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven. Eerst presenteren wij het dilemma van bestuurder Jansen. Vervolgens beschrijven wij de morele perspectieven van de deelnemers in drie subsecties: de aanleiding tot de ontwikkeling van het Grand Café, de financiële gevolgen na de ingebruikname en de (maatschappelijke) betekenis van het Grand Café in de praktijk. Tot slot gaan wij in op de dynamiek tijdens de dialoog over de door de deelnemers ingebrachte morele overtuigingen en overwegingen en bijbehorende motieven.

Het dilemma

De heer Jansen is een ervaren bestuurder die al jaren leiding geeft aan zorgorganisatie Waterland waarvan verzorgings- en verpleeghuizen deel uit maken. Bij één van zijn nieuwe zorgcentra is een horecavoorziening opgezet. In deze horecavoorziening, het Grand Café genoemd, kunnen bewoners van het woonzorgcentrum, eventueel met familie of andere bezoekers, iets eten en drinken. Het Grand Café, waar ook alcohol wordt geschonken, is ook toegankelijk voor mensen van buiten, zoals wijkbewoners en passanten. Jansen verwoordt de situatie als volgt:

“Wij vonden destijds dat we daar een ontmoetingsplek zouden moeten realiseren, als het kloppend hart van het zorgcentrum. Dat was wat ons betreft een Grand Café. Ik denk dat de verwachtingen die wij van het Grand Café hadden nog steeds uitkomen, alleen lopen we elk jaar weer aan tegen verliezen.”

Ondanks de verliezen zijn er overwegingen waarom Jansen tot nu toe niet besloten heeft om het Grand Café te sluiten. Hij zegt hierover: *“Ontmoeting en gezelligheid zijn voor mij twee elementen waardoor ik zeg: open houden.”*

Om de exploitatie van het Grand Café rond te krijgen, zijn de verliezen tot nu toe gecompenseerd met gelden die voor de zorg van zijn intramurale cliënten bestemd zijn. Door het aanwenden van deze gelden doet Jansen in zijn ogen zijn intramurale cliënten tekort. Hij zegt hierover:

“De tekorten die daaruit ontstaan, die moeten gefinancierd worden vanuit zorggelden en eigenlijk betreft dit geormerkte gelden die primair voor de zorg zelf zijn bedoeld (...) Het grote dilemma, vind ik, is dat we zorggelden

moeten aanwenden voor welzijn. (...) Dat betekent dat wij in feite geld moeten wegtrekken uit de directe zorg..(...). Wel of niet sluiten zou voor mij de principiële discussie zijn, hoe lang ga je immers door met zorggelden gebruiken voor de hele wijk, voor de hele omgeving?”

Door bestuurder Jansen en de deelnemers aan het MB wordt het dilemma geformuleerd als een keuze tussen twee alternatieven: A. Wij blijven het Grand Café financieren vanuit geormerkte zorggelden of B. Wij sluiten het Grand Café als wij de financiering niet anders geregeld krijgen. In onderstaand schema is aangegeven welke waarden vanuit het perspectief van bestuurder Jansen spelen rond het open houden dan wel sluiten van het Grand Café.

A: WIJ BLIJVEN FINANCIEREN VANUIT GEOORMERKTE ZORGGELDEN VANWEGE DE WAARDE:	B: WIJ SLUITEN HET GRAND CAFÉ ALS WIJ DE FINANCIERING NIET ANDERS GEREGLD KRIJGEN VANWEGE DE WAARDE:
<p>sociale ontmoeting gezelligheid</p>	<p>onrechtvaardige besteding AWBZ-gelden financiële inefficiëntie</p>

Schema 1: Schematisch overzicht van waarden ingebracht door Jansen aan beide zijden van het dilemma

Morele zienswijzen

Na inbreng van de casus en Jansens waarden, onderzoeken de deelnemers de situatie. Eerst bespreken de deelnemers van het MBde aanleiding tot de ontwikkeling van het Grand Café. Dit leidt tot een aantal normatieve overwegingen en zienswijzen.

Aanleiding tot de ontwikkeling van het Grand Café.

Het creëren van een plek waar zijn intramurale cliënten familieleden en vrienden kunnen ontmoeten heeft aan de basis gelegen van het initiatief een Grand Café te ontwikkelen. Jansen illustreert dit als volgt:

“Intramurale instellingen moeten ontmoetingsplekken genereren; meer op welzijn gaan zitten. (...) en we willen hierbij rekening houden met het feit dat de bezoekers over het algemeen een kleine beurs hebben. (...). Ik vind dat we een sociale functie hebben, ook voor de buurt waarin onze instelling staat.(...) Dus naast de focus op zorg moeten we ook de welzijnskant beter invullen. Vanuit die context hebben wij gezegd, we ontwikkelen een ontmoetingspunt.”

De uitleg van Jansen ontlokt één van de divisie managers de vraag of aan de ontwikkeling van het Grand Café prestige ten grondslag heeft gelegen.

Lange: “Is het een prestige object?”

Jansen: “Ik zou het als een verlies beschouwen als wij hier de stekker uit zouden trekken. Dus het is geen prestige object maar het zou voelen als een nederlaag als je deze faciliteit zou moeten stoppen.”

Later in de dialoog voegt mede-bestuurder Terbraak toe dat in haar optiek prestige toch deels een overweging is geweest, specifiek voor deze locatie.

Terbraak: “Ik durf het haast niet te zeggen maar het is absoluut prestige voor ons dat wij ons dit bij één van onze locaties kunnen veroorloven.”

Facilitator: “Speelt gelijkwaardigheid tussen de locaties van Waterland ook een rol?”

Jansen: “Nee hoor, absoluut niet. Behoud van ‘couleur locale’ is belangrijk. Als er op een locatie ergens behoefte aan is, is het devies: wel doen. Als er geen behoefte is, dan vooral niet doen. Niet allemaal hetzelfde dus.”

Terbraak voegt hieraan toe dat het hebben van een Grand Café ook bijdraagt aan de concurrentiepositie van Waterland.

In schema 2 zijn de nieuw geformuleerde waarden cursief weergegeven.

**A: WIJ BLIJVEN FINANCIËREN VANUIT GEOOR-
MERKTE ZORGGELDEN VANWEGE DE WAARDE:**

sociale ontmoeting
gezelligheid
solidariteit met mensen met kleine beurs
imago
prestige
couleur locale
concurrentie

**B: WIJ SLUITEN HET GRAND CAFÉ ALS WIJ DE FINANCIËRING
NIET ANDERS GEREGELD KRIJGEN VANWEGE DE WAARDE:**

onrechtvaardige besteding gelden
financiële inefficiency

Schema 2: Schematisch overzicht van waarden ingebracht na verhelderingsvragen aan beide zijden van het dilemma

Financiële gevolgen na ingebruikname van het Grand Café

De deelnemers aan het MB vragen zich af welk aandeel van de zorggelden aan een welzijnsfunctie, zoals het Grand Café, besteed mag worden.

Ooms: “Is het ook niet zo dat men door de naamgeving op een bepaald been gezet wordt? Want ik kan mij niet anders herinneren dan dat je bij verzorgingshuizen altijd ontmoetingsruimtes hebt, dat daar biljarts staan, dat daar plekken zijn waar mensen kunnen samen komen.... en ook daar discussiëren we dan niet of een en ander aan zorggelden gerelateerd is.”

Terbraak: “Ja, maar ik denk dat een ontmoetingsruimte waar je kunt biljarten wel logisch is; maar waar je vrijelijk een biertje of wijntje kan drinken niet.

Schaap: “Dat vraag ik me dus af.”

Terbraak: “Het verschil is er wel. Een gedeelte van de zorggelden mag je besteden aan een aantal activiteiten. Je zou kunnen zeggen dat een biertje of wijntje drinken hier niet onder zorg valt maar onder welzijn.”

Onduidelijk is voor de deelnemers of een ontmoetingsplek waar je alcohol schenkt, gefinancierd mag worden uit zorggelden. Dit leidt de deelnemers naar de vraag wat het perspectief van de verstrekker van deze zorggelden, het zorgkantoor, op deze kwestie zou kunnen zijn.

Terbraak: “Nou het is natuurlijk wel zo dat het Zorgkantoor zou kunnen zeggen dat ze het heel fijn vinden dat dit wordt aangeboden aan een deel van hun cliënten.
(...)”

Ooms: *Is de onduidelijkheid niet ontstaan sinds de splitsing van gelden in zorgbudgetten (verstrekt door het zorgkantoor), en welzijnsbudgetten (verstrekt door gemeenten)?”*

Jansen: “Ja.”

Ooms: “Want feitelijk werden dergelijke activiteiten voorheen betaald uit zorgbudgetten en nu uit welzijnsbudgetten.”

Facilitator: “Is er dan ruimte om dit vanuit de Gemeente (verstrekker van welzijnsbudgetten) te financieren?”

Terbraak: “De burgemeester!?!... (gelach)”

De burgemeester, aanwezig als vertegenwoordiger van de Gemeente, laat zich niet verleiden tot een direct antwoord. Hij geeft aan dat dit ook voor hem een dilemma is, waarbij hij rekening heeft te houden met perspectieven van andere partijen:

Ooms: *“mensen die met subsidiegeld concurreren op de markt..., wij staan daar wat ambivalent tegenover. Dat is voor ons een dilemma. (...) het is het afspreken van de grenzen. (...) In 2003 toen het Grand Café geopend is, toen hebben we onmiddellijk de horeca op bezoek gehad, Koninklijke Horeca Nederland, die zei: ‘dit kan zo niet’.”*

Naast de vraag uit welke budgetten het Grand Café betaald zou moeten worden, speelt ook de vraag over de hoogte van de verliezen.

Meeus: “Ik heb nog wel een vraag die voor mij wel van belang is om me in het dilemma te kunnen verplaatsen. Hoe groot is het verlies?”

Jansen: “Pakweg 40 tot 50.000 euro op jaarbasis.”

Goeree: “Het is een betrekkelijk klein aandeel van onze totale intramurale zorggelden, als je het omslaat per cliënt.”

Ongeacht de omvang van het bedrag, blijft echter de vraag of de gelden ten behoeve van de zorg voor intramurale cliënten gebruikt mogen worden voor de exploitatie van het Grand Café waar niet alleen zij maar ook anderen, zoals wijkbewoners, gebruik van kunnen maken. In het gesprek wordt ook het mogelijke perspectief van de intramurale cliënt hierop verkend.

Beer: *“Nou ik weet het niet, ik vind de stelling dat het maar een klein percentage van de zorggelden is, dat je dan aan welzijn besteedt, wel heel erg kort door de bocht, want we hebben het echt over zorggelden bestemd voor onze intramurale cliënten. En ik weet niet, dat durf ik ook helemaal niet te zeggen, of dat [stellen dat het een klein percentage is] wel zo is als je dat onze intramurale cliënten zou vragen.”*

Facilitator: *“Dat ook de cliënten zelf iets hebben van: geen geld uit de zorg weghalen?”*

Beer: *“Dat kan ik me voorstellen, dat is niet onderzocht, maar dat kan ik me voorstellen.”*

Het gesprek leidt tot de volgende morele overweging.

Jansen: *“Ja, dat geldt primair voor onze bewoners, dat een deel van hun zorggelden besteed worden aan voor hen beschikbaar gestelde welzijnsactiviteiten zoals ook het Grand Café. Maar het geldt niet voor bewoners uit de wijk. We willen in principe voor hun welzijn geen zorggelden aanwenden.”*

Pietersen en Beer in koor: *“Maar dat doen we nu dus wel.”*

Lange: *“Precies, dat is het.”*

Schaap: *“Moet je welzijnsactiviteiten dan überhaupt wel vanuit zorggelden financieren? Ik vind dat nog steeds de vraag die op tafel ligt.”*

De waarde van solidariteit tussen intramurale cliënten onderling (cliënten die wel en cliënten die geen gebruik van het Grand Café maken) en solidariteit tussen intramurale cliënten en externe gebruikers van het Grand Café, zoals bijvoorbeeld wijkbewoners, is in het geding. Vervolgens komt de dialoog op de invloed van de prijsstelling van de consumpties.

Goeree: *“Wij vragen vijftig cent voor een kop koffie, nou ja ik zou willen zeggen, reken het maar eens uit met afwas en porselein en een koekje erbij. Als je daar zestig cent van wilt maken dan moet zo'n voorstel eerst door zes partijen beoordeeld worden. En waarschijnlijk wordt de prijs dan uiteindelijk vijftig cent; daarom krijg je het nooit kostendekkend.”*

Beer: “Ja, ik ga helemaal met je mee, wij tutten maar door met onze centjes.”

Jansen: “Wie tut dan door? Waarom vragen wij niet één euro dan? Of één euro twintig?”

Beer: “Nou dan bespreken we het eindeloos... en dan gaat het....”

Jansen: “Omdat de cliëntenraad dan misschien nee zegt?”

Beer: “Nou niet alleen de cliëntenraad.”

Moons: “Nee, nee, daar zijn we niet zo moeilijk in.”

Beer: “Ook wij, en ook de Raad van Bestuur, wij zijn misschien wel te voorzichtig met z’n allen, wij allemaal.”

In schema 3 zijn de eerder uit de perspectieven naar voren gebrachte waarden nu aangevuld met de waarden (opnieuw cursief) die naar voren zijn gekomen na de dialoog over de financiën.

**A: WIJ BLIJVEN FINANCIEREN VANUIT GEOOR-
MERKTE ZORGGELDEN VANWEGE DE WAARDE:**

sociale ontmoeting
gezelligheid
solidariteit met mensen met kleine beurs
imago
prestige
colour locale
concurrentie
solidariteit van intramurale cliënten met andere (externe)
Grand Café gebruikers

**B: WIJ SLUITEN HET GRAND CAFÉ ALS WIJ DE FINANCIERING
NIET ANDERS GEREGLD KRIJGEN VANWEGE DE WAARDE:**

onrechtvaardige besteding gelden
financiële inefficiency
concurrentie vervalsend

Schema 3: Schematisch overzicht van de waarden aan beide zijden van het dilemma ingebracht na dialoog over de financiën

Betekenis van het Grand Café in de praktijk

De deelnemers onderzoeken ook wat het Grand Café in de praktijk voor verschillende betrokkenen betekent. Over vrijwilligers ontstaat de volgende dialoog.

Beer: “Ik vind dat het Grand Café nog steeds voor een veel te groot deel draait op vrijwilligers. Vrijwilligers zijn nog net geen werknemer.”

Jansen: “Zoveel uren zetten ze zich in!”

Beer: “Ja die moeten zo veel en zo hard werken dat ik me af en toe schaam.”

Facilitator: “Zij moeten het café in de lucht houden?”

Beer: “Ja, omdat we het anders helemaal niet meer kunnen betalen.”

Naast wat het Grand Café voor vrijwilligers betekent, wordt ook besproken wat het in de dagelijkse praktijk voor de zorgverleners betekent.

Jansen: “Het betekent ook een ontlasting van de zorgmedewerkers.”

Facilitator: “Wordt dat zo ook ervaren?”

Jansen: “Nou, dat zou ik kunnen denken, het feit dat er minder beroep op ze wordt gedaan, dat ze even tegen cliënten kunnen zeggen: ‘Ga maar lekker even beneden zitten’.”

Lange: “Het is bovendien ook voor de medewerkers een ontmoetingsplek hè, en het wordt ook gebruikt voor recepties.”

Tevens wordt besproken wat het Grand Café betekent voor de bezoekende ouderen en hun familie en in hoeverre dat strookt met waarvoor het Grand Café bedoeld was.

Beer: “Ik zou het zo graag eens een keer hebben over het concept Grand Café; wat wil je bereiken met dat Grand Café. (...) Ik denk dat je het kunt hebben over ontmoeten, ik denk dat niemand hier aan tafel zal zeggen dat welzijn niet belangrijk is, ik denk dat niemand hier zal zeggen dat we een sociaal isolement willen. Maar het concept van de tap, grote families uit de wijk die met z'n achttien komen en hun in de instelling wonende moeder zit daar een beetje in haar loopstoeltje op het terras tussenin gepropt terwijl die achttien er bier zitten te drinken en moeder mag ertoevallig ook nog even bij, dat is waardoor ik denk, het concept klopt toch niet meer helemaal.” (...)

Beer: “Het is ook, ja het is net of ik het elke keer in het negatieve trek, ... maar het is ook het goedkoopste café in onze regio.”

Zuylen: “Nou ik wil daar toch een bemerking bij maken..., wij moeten niet vergeten dat wij dit soort dingen natuurlijk zien vanuit ons eigen perspectief, onze eigen leefstijl. (...) Dus wat jij vindt dat zou moeten, hoeft door een ander absoluut niet zo gezien te worden, dus ik wil die bemerking dan toch wel even maken want anders zou het beeld erg negatief overkomen dat het alleen maar een kroegidee is. Maar er zijn natuurlijk mensen die gewoon in zo'n kroegwereld om het zo maar te zeggen opgegroeid zijn en niet beter weten dat dit erbij hoort. Zou het niet zo kunnen zijn dat die moeder best tevrede is met het feit dat haar 18 kinderen, die in onze ogen zuipen als tempeliers, om haar heen zitten en zich daar best prettig bij voelt? Ik geef het maar even als tegenwicht.”

Lange: “Nee, dat klopt maar de vraag daaraan gekoppeld zou kunnen zijn is of je dat als Waterland dan moet faciliteren?”

Zuylen: “Dat is een keuze, maar ik vind wel dat ik in die zin een tegenwicht moet bieden om niet mensen te laten beoordelen op leefstijl maar misschien op andere argumenten.” (...)

Beer: “Nee, ik denk dat het er meer over gaat hoe wij, als Waterland, het begrip Grand Café de afgelopen jaren invulling hebben gegeven.”

Terbraak: “We hebben dit natuurlijk zo laten groeien, het is gegroeid tot iets waar we nu op sommige punten niet tevreden over zijn. Wat hebben wij laten ontstaan?” (...)

Terbraak: “Ik durf het haast niet te zeggen, (...) Ik vind het ook wel lastig omdat je dus in één van je huizen een plek hebt waar je dronken mensen kunt hebben op je terras en ook rokende mensen, dat vind ik dus echt een negatief punt van het Grand Café.”

Jansen: “Dat is nooit de bedoeling geweest om daar een ordinaire kroeg van te maken, het ging meer om een Grand Café met de grandeur waarbij mensen gewoon zichzelf konden zijn en een krantje konden lezen en andere mensen konden ontmoeten en verjaardagen in gezelschap zouden kunnen vieren en daar de familie voor kunnen uitnodigen. (...). Ik denk dat we misschien het concept opnieuw moeten heroverwegen..(...). Ja, het concept herijken...”

De deelnemers constateren dat er sprake is van een discrepantie tussen het Grand Café zoals in aanvang bedoeld en de kroeg die het in hun optiek nu geworden is. In hun ogen doet een kroeg geen recht aan de zorgzaamheid die zij voor hun cliënten voorstaan en doet daarmee ook geen goed aan het imago van Waterland. Daarbij constateren ze dat de lage prijsstelling overmatig drankgebruik in de hand werkt. Of de verwording van het Grand Café tot een kroeg nu daadwerkelijk erg is, zo constateren de deelnemers na inbreng van de vertegenwoordiger van de ouderen, is vanuit het perspectief van de bezoekende ouderen en hun familie maar de vraag. Hun visie is bij de deelnemers niet bekend en dat maakt het moeilijk om te duiden wat het Grand Café werkelijk voor hen betekent. Gedeeld wordt dat het concept van het Grand Café toe is aan heroverweging. In schema 4 zijn opnieuw de waarden (cursief) toegevoegd die er vanuit de morele perspectieven van de deelnemers en de door hen besproken stakeholders toe doen.

A: WIJ BLIJVEN FINANCIEREN VANUIT GEOOR- MERKTE ZORGGELDEN VANWEGE DE WAARDE:	B: WIJ SLUITEN HET GRAND CAFÉ ALS WIJ DE FINANCIERING NIET ANDERS GEREGLD KRIJGEN VANWEGE DE WAARDE:
sociale ontmoeting gezelligheid solidariteit met mensen met kleine beurs imago prestige colour locale concurrentie solidariteit van intramurale cliënten met andere (externe) Grand Café gebruikers bestrijding sociaal isolement zorgzaamheid voor ouderen ontlasting zorgprofessional ontmoetingsplek voor zorgprofessionals zelf	onrechtvaardige besteding gelden financiële inefficiëntie concurrentie vervalsend werkdruk verhogend voor vrijwilligers kroeggedrag bevorderend imago beschadigend voor de zorgorganisatie

Schema 4: Schematisch overzicht van waarden aan beide zijden van het dilemma na volledige dialoog

De bevindingen laten zien dat de dialoog over het wel of niet sluiten van het Grand Café heeft geleid tot inzicht in meerdere relevante perspectieven en waarden. Naast in de literatuur bekende waarden als rechtvaardigheid en solidariteit zien we ook waarden met betrekking tot de rol van vrijwilligers en het gedrag van bezoekers en de onderlinge sociale verhoudingen in het Grand Café.

Analyse van de dynamiek in de dialoog

Als waarden conflicteren, ontstaan spanningen (Walker 1998). Rond dergelijke spanningen ontstaat een dynamisch proces van manoeuvreren rond en onderhandeling over waarden waar betrokkenen recht aan gedaan willen zien, die zij betwijfelen of negeren (Kitzinger, 1994, Kitzinger and Farguhar, 1999). In deze paragraaf presenteren wij onze bevindingen over de spanningen tussen de ingebrachte waarden en de daarop volgende dynamiek in de dialoog over wat vanuit de morele perspectieven van de deelnemers ertoe doet rond de casus van het Grand Café.

Op basis van de waarde die bestuurder Jansen hecht aan het kunnen bieden van een gezellige ontmoetingsplek waar zijn intramurale cliënten zich kunnen ontspannen en familieleden en vrienden kunnen ontmoeten, heeft hij een Grand Café ontwikkeld dat ook voor mensen uit de wijk en toevallige passanten open staat. Gaandeweg is hij een dilemma gaan ervaren, omdat het structureel aanvullen van het exploitatietekort met zorggeldten strijdt met zijn waarde van de rechtvaardige besteding van deze zorggeldten aan zorg voor zijn intramurale cliënten. Om Jansens dilemma goed te kunnen begrijpen, stelt één van de divisie manager de vraag of prestige als waarde misschien ook in het spel is. Bestuurder Jansen ontkent dit, maar voegt daar wel aan toe dat hij het als een nederlaag zou zien als Waterland met het Grand Café zou moeten stoppen. Zijn medebestuurder brengt in dat voor haar prestige toch een waarde is die er voor haar toe doet en voor haar spanning oplevert. Haar bewoording

‘Ik durf het haast niet te zeggen’ laat zien dat het gevoelig ligt maar dat het voor haar belangrijk genoeg is om toch in te brengen. Zij heeft er moeite mee dat één van de locaties van Waterland, zich een niet-rendabele voorziening veroorlooft. Prestige staat voor haar op gespannen voet met gelijkheid in dienstverlening en welzijnsactiviteiten tussen locaties. Het antwoord van Jansen dat het voor hem juist een streven is om gekozen verschillen tussen locaties te respecteren, lost voor haar deels de spanning tussen deze waarden op met de constatering dat het Grand Café versterkend is voor de concurrentiepositie.

Gaandeweg blijkt dat het niet voor iedereen duidelijk is hoe groot het exploitatietekort van het Grand Café exact is en wat dit in de praktijk precies betekent. Met de woorden *‘ik had nog een vraag die voor mij wel van belang is’* benadrukt één van de deelnemers dat hij de exacte verliezen wil kennen om een keuze te kunnen maken in het dilemma dat voorligt. Als een andere deelnemer aangeeft dat hij verliezen van 1 á 2 procent van de zorggelden als betrekkelijk gering inschat, brengt één van de divisie managers in deze mening niet te delen. Met haar woorden *‘ik vind dat wel heel erg kort door de bocht’* geeft zij aan dat zij onrechtmatig gebruik van zorggelden, hoe gering ook, een waarde vindt waaraan in haar perspectief niet getornd mag worden. In hoeverre intramurale cliënten bereid zijn een deel van de aan hen toebehorende zorggelden te besteden aan een horecavoorziening waar ook andere ouderen gebruik van mogen maken, is onbekend. Het gemis aan deze kennis bemoeilijkt de deelnemers een morele afweging te maken of de waarde van solidariteit tussen intramurale cliënten en gebruikers van het Grand Café in het geding is. Het blijft voor hen een moreel vraagstuk of het percentage van de zorggelden dat nodig is voor het exploiteren van het Grand Café gering genoeg is om van intramurale cliënten te kunnen vragen dit af te staan voor exploitatie van deze welzijnsactiviteit. Het eigen perspectief van de intramurale cliënt ontbreekt in de dialoog. De deelnemers constateren dat het ten dienste stellen van zorggelden voor welzijnsactiviteiten voor ook externe gebruikers, zoals wijkbewoners, in principe niet gerechtvaardigd is. Het perspectief van het zorgkantoor, als financier van de zorggelden, wordt relevant geacht. Het zorgkantoor is echter niet in het MB vertegenwoordigd. De deelnemers kunnen zich voorstellen dat het zorgkantoor de financiële ondersteuning van het Grand Café een oneigenlijke besteding van zorggelden vindt, tegelijkertijd is het echter ook mogelijk dat het zorgkantoor het toejuicht dat men op deze wijze de concurrentiepositie versterkt en de service aan de eigen cliënten verhoogd. De zakelijke waarde van de versterking van de concurrentiepositie staat op gespannen voet met de rechtvaardige besteding van de zorggelden. De spanning hierover maakt dat in de hierop volgende dialoog de vraag opkomt of de gemeente dan wellicht de financier zou kunnen zijn, en dan op basis van de tegenwoordig aan gemeenten in het kader van de wettelijke veranderingen in het ouderenbeleid toebedeelde verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor het welzijn van hun ouderen. Partiële financiering door de gemeente vanuit de gelden geormerkt voor welzijnsactiviteiten zou immers een oplossing kunnen

zijn om onrechtmatige besteding van zorggelden te voorkomen terwijl toch recht gedaan blijft worden aan het concurrentie aspect. Een gevoelig moment ontstaat als medebestuurder Terbraak op dat moment in de dialoog de burgemeester met de woorden ‘*de burgemeester....*’ aanspreekt zonder aan hem letterlijk de vraag te stellen of hij als vertegenwoordiger van de gemeente een uitspraak wil doen over de mogelijke financiële bijdrage aan het Grand Café. Gelach van de deelnemers bevestigt de spanning van het moment. De burgemeester laat zich niet verleiden iets te zeggen over eventuele financiële steun aan het Grand Café.

Nu de spanning met gemeentelijke welzijnsbudgetten niet opgelost kan worden, komt het gesprek op een oplossingsrichting waarbij de consumptieprijsen verhoogd worden. Hierbij komt de waarde op tafel of het gerechtvaardigd is dat deze prijzen nu kunstmatig laag gehouden worden. Onder het vermeende belang dat de cliëntenraad aan lage prijzen zou hechten, zijn de consumptieprijsen tot nu toe onder de kostprijs gehouden. De voorzitter van de Cliëntenraad geeft echter aan dat hij nooit bezwaar zou hebben gehad tegen eventuele verhoging van de prijzen. Inzicht ontstaat dat de bestuurders wellicht onnodig voorzichtig zijn geweest met de prijsstelling en dit ook nooit echt ter sprake hebben gebracht. Op de aan het begin door Jansen ingebrachte waarde zorgzaam te willen zijn voor mensen met een kleine beurs, wordt vervolgens niet teruggesproken. Wel komt de waarde naar voren van zorgzaamheid voor de vrijwilligers die het Grand Café draaiende houden. In de praktijk betekent de lage prijsstelling dat het Grand Café voor een groot deel moet draaien op vrijwilligers. Schaamte van Beer over hoe hard en hoeveel de vrijwilligers moeten werken, onderstreept het belang dat zij hecht aan een financieel rendabel draaiend Grand Café. Voor Beer heeft het Grand Café de betekenis gekregen van een kroeg waar te veel alcohol tegen te goedkope prijzen gekocht kan worden met alle gevolgen van dien. De waarde zorgzaamheid voor haar intramurale cliënten staat voor haar op spanning met de waarde van het bieden van ontspanning met alcohol voor gereduceerd tarief. Met haar woorden *“Maar het concept van de tap, grote families uit de wijk die met z’n achttien komen en hun in de instelling wonende moeder zit daar een beetje in haar loopstoeltje op het terras tussenin gepropt terwijl die achttien er bier zitten te drinken en moeder mag er toevallig ook nog even bij, dat is waardoor ik denk, het concept klopt toch niet meer helemaal.”* vraagt zij zich tevens af of daarmee ook de waarde van het halen van een oudere uit zijn sociale isolement geen geweld aangedaan wordt. Een gevoelig moment in de dialoog, die aan het licht brengt hoe belangrijk dit dilemma voor haar is, wordt door haar aangegeven met de woorden: *‘ik zou het zo graag een keer hebben over het concept van het Grand Café’*. Om het te bekrachtigen herhaalt zij nogmaals *‘het is net of ik het elke keer in het negatieve trek maar, ...’*. Haar oprechte morele worsteling maakt dat medebestuurder Terbraak zich ook vrij voelt om in te brengen dat zij dronken en rokende mensen schadelijk vindt voor het imago van Waterland. Dat het oorspronkelijke concept van een Grand Café in de praktijk verworpen is tot een kroeg wordt door de deelnemers gedeeld. Maar of dit betekent dat hiermee ook de waarde van zorgzaamheid

voor ouderen geweld aangedaan wordt, wordt betwijfeld. De vertegenwoordiger van ouderen brengt de vraag in, in hoeverre cliënten zelf dit *kroegidee* passend vinden bij de manier van leven zoals zij dat gewend waren. Met de woorden “ik vind dat ik in die zin tegenwicht moet bieden” brengt hij in dat wat het Grand Café betekent voor cliënten zelf, vanuit hun eigen perspectief, voor hem essentieel is, en niet de mening van anderen daarover. De conclusie is dat er weinig zicht is op wat het Grand Café werkelijk voor intramurale cliënten en andere gebruikers betekent. De dialoog besluit met het gedeelde inzicht dat het oorspronkelijke concept van het Grand Café toe is aan heroverweging en herijking.

Samenvattend laat de conversatieanalyse zien dat de morele perspectieven van de deelnemers en de daaraan ten grondslag liggende waarden niet statisch zijn maar onderhevig aan dynamiek door inbreng van en spanningen tussen waarden. Of waarden ter tafel komen is afhankelijk van het belang dat deelnemers aan een waarde hechten en de vrijheid die gevoeld wordt deze in te brengen.

6.4 Discussie

In deze studie hebben wij ons inzicht willen vergroten in hoe een bestuurder en andere stakeholders omgaan met diversiteit in morele overtuigingen en overwegingen rond nieuwe zorg- en dienstverleningsvormen in de ouderenzorg. Het doel was om een beter beeld te krijgen van wat diversiteit in morele perspectieven voor dergelijke ontwikkelingen betekent. Wij hebben dit bestudeerd aan de hand van een actuele casus die in een heterogene Moreel Beraad bijeenkomst tussen een bestuurder van een intramurale zorgorganisatie en andere stakeholders is besproken. In onze studie stond de door de bestuurder zelf geselecteerde casus van een innovatieve en ook wijkgerichte welzijnsontwikkeling vanuit een institutionele zorgvoorziening centraal, te weten een Grand Café in een nieuwe woonzorgvoorziening van zorgorganisatie Waterland. Het probleem was dat deze nieuwe voorziening met een structureel exploitatietekort te kampen heeft.

De gekozen onderzoeksmethode van een heterogene Moreel Beraad bijeenkomst (MB), gestructureerd volgens de dilemma-methode en gebaseerd op een moreel-constructivistische onderzoeksbenadering, hebben ons inzicht vergroot in de morele perspectieven van de verschillende stakeholders en ook hoe de deelnemers aan de dialoog hun normatieve verwachtingen inbrengen en vervolgens in het dynamische proces van onderhandelen manoeuvreren rondom deze waarden. De dialoog heeft de deelnemers aan het MB gestimuleerd in het expliciteren van hun morele perspectieven, het exploreren van elkaars morele perspectieven en het onderzoeken van perspectieven van andere stakeholders dan in het MB vertegenwoordigd. Het collectieve inzicht in de casus werd hiermee verbreed en verdiept, waardoor ruimte geboden werd om op de eigen vertrouwde morele perspectieven te reflecteren. In die zin was er sprake van een dubbele hermeneutiek (Giddens 1987), waarbij zowel de deelnemers hun eigen

morele overwegingen tijdens de dialoog exploreerden evenals de onderzoekers die dit interpretatieproces bij hun analyses reconstrueerden. Onze bevindingen kunnen dienen als discussiemateriaal, voor een ieder en in het bijzonder zij die geïnteresseerd zijn in of betrokken bij nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg, om er vanuit de eigen context op te kunnen reflecteren (Guba & Lincoln 1989; Stake 2005). Eerder het specifieke van de casus dan het algemene en eerder het normatieve in de perspectieven dan de feiten over de casus zelf, zijn aandacht geweest van ons onderzoek (Abma & Stake submitted).

Morele perspectieven zijn gegrond in waarden die door interactie met andere mensen vorm en richting krijgen (Tronto 1993; Walker 1998). Onze bevindingen laten zien dat de morele perspectieven op de nieuw ontwikkelde horecavoorziening voor ouderen, het Grand Café, gegrond zijn in waarden die voortkomen uit en verbonden zijn met de eigen relationele context. Wat de intrinsiek aan de zorg verbonden waarden als zorgzaamheid, rechtvaardigheid en solidariteit betekenen in het geval van het Grand Café, krijgt in de praktijk vorm en betekenis voor hen voor wie het Grand Café relevant is. Moraliteit kenmerkt zich als pluraal en situationeel en is geconstrueerd in relatie en interactie tussen mensen (Schwandt 2007; Walker 2007). Onze bevindingen illustreren dit. Zorgzaamheid krijgt in de praktijk van het Grand Café verschillende betekenissen toegekend; zorgzaam voor ouderen met een kleine beurs door aanbidding van een gezellige ontmoetingsruimte en lage consumptieprijs; zorgzaamheid voor cliënten en hun verwanten door te letten op dronkenschap door te goedkope alcohol; zorgzaamheid voor intramurale cliënten door rechtvaardige besteding van hun zorggelden; zorgzaamheid voor vrijwilligers betreffende hun werkdruk; en zorgzaamheid voor zorgverleners via ontlasting van hun zorg als ouderen verpozen in de horecavoorziening. Inzicht is ontstaan dat duiding van de waarden beïnvloed wordt door ervaringen uit de praktijk met het Grand Café, die niet van tevoren gekend en gedeeld waren. Begrijpen is geen statisch fenomeen en kennis is niet a priori aanwezig. Vanuit een hermeneutisch oogpunt, waarbij realiteiten beschouwd worden als sociaal geconstrueerd, is kennis onderdeel van een waarde-geladen proces dat door betrokkenheid bij een onderwerp of een casus tot stand komt (Cunliffe 2008; Fawkes 2012; Gadamer, Weinsheimer & Marshall 2004). De dialoog laat zien dat kennis over en inzicht in wat solidariteit, zorgzaamheid en rechtvaardigheid in de casus van het Grand Café betekent, gerelateerd is aan, en mede bepaald wordt door de betekenisgever. De deelnemers merken dat het morele perspectief van cliënten en andere gebruikers op het Grand Café onbekend is, wat een compleet beeld van de betekenis van het Grand Café in de praktijk bemoeilijkt; iets wat nodig is om deze nieuwe ontwikkeling op waarde te kunnen schatten. Dat cliënten, wijkbewoners, vrijwilligers of verzorgers geen deel uit maakten van het MB om zelf hun morele perspectieven in te kunnen brengen, zou daarom als een beperking van deze studie gezien kunnen worden. Verbreding van de studie met hun perspectieven is raadzaam. Het vooraf met elkaar bespreken van welke stakeholders er in een bijeenkomst betrokken

moeten worden, is ondersteunend aan het verkrijgen van een compleet beeld waarbij niet zozeer de bestaande relaties van de probleemeigenaar richtinggevend zijn, maar eerder de mensen die dagelijks met de nieuwe ontwikkeling te maken hebben en daar actief betekenis aan geven (Abma 2006). Een beperking van onze studie is dat wij ons gelimiteerd hebben tot de bestaande relaties van de bestuurder.

In het zoeken naar morele betekenisgeving construeren mensen in dialoog met elkaar, zoals in het MB uit onze studie, een web van moreel begrijpen (Fisscher, Nijhof & Steensma 2003; García-Rosell 2012; Ohnsorge & Widdershoven 2011). De bevindingen over de dynamiek in de dialoog in het MB illustreren het ontstaan van een dergelijk web van moreel begrijpen. In het zoeken naar wat het Grand Café in de praktijk betekent, brengen de deelnemers in een dynamisch proces waarden in, verdedigen deze, verwerpen waarden van anderen of delen deze met elkaar. Zo wordt door bestuurder Jansen zorgzaamheid voor ouderen met een kleine beurs ingebracht, maar deze waarde wordt door de andere deelnemers niet overgenomen, in tegenstelling tot rechtvaardige besteding van zorggelden welke na inbreng als waarde gedeeld wordt. De waarden die gaande de dialoog op tafel komen, kunnen met elkaar conflicteren en moeilijk verenigbaar zijn (Walker 2007). Dit kan spanning opleveren tussen waarden bij een deelnemer zelf, zoals bij Jansen die spanning ervaart tussen zijn waarden van het kunnen bieden van een sociale ontmoetingsplek en de rechtvaardige besteding van zorggelden. Maar waarden kunnen ook tussen deelnemers spanningen opleveren. Zo staat voor de collega van bestuurder Jansen het feit dat men zich een Grand Café kan veroorloven op één van de locaties op gespannen voet met haar waarde van gelijkheid tussen de locaties van Waterland. Spanning en conflict leiden niet altijd tot een impasse, maar stimuleren creativiteit in het zoeken naar oplossingsrichtingen (Abma & Widdershoven 2008). Spanning heeft de weg geopend voor overweging van oplossingsrichtingen zoals het verhogen van de consumptieprijzen: een oplossingsrichting die voorheen niet als zodanig besproken is. Gezamenlijk komen de deelnemers tot de conclusie dat het concept van het Grand Café toe is aan evaluatie en herijking.

Een voorwaarde voor het kunnen komen tot versmelting van zienswijzen, is ruimte om het eigen morele perspectief in te kunnen brengen (Abma & Widdershoven 2008) en om op het eigen morele perspectief te kunnen reflecteren (Cunliffe 2002). Of een morele overweging daadwerkelijk wordt ingebracht en in hoeverre hierover een open dialoog ontstaat, is mede afhankelijk van de machtsbalans tussen de deelnemers. Machtsonbalans door de sociaal-politieke context waarin de deelnemers met elkaar verbonden zijn, kan belemmerend werken (Poel van de & Royakkers 2007). Een open en ontvankelijke houding is een voorwaarde om te kunnen reflecteren op het eigen perspectief (Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). De facilitator heeft de rol om een veilig dialogisch klimaat te bewerkstelligen ondanks mogelijk aanwezige machtsbelangen (Ryfe 2006). Bediscussieerd kan worden in

hoeverre alle deelnemers aan ons MB openhartig hebben kunnen spreken. De gevoelige momenten in de dialoog, waarin ondanks gevoelens als schaamte en angst, persoonlijke morele perspectieven toch op tafel zijn gelegd zijn, laten zien hoe belangrijk de randvoorwaarde van vrijheid van inbreng is voor het inzicht gevende en lerende vermogen van een dialogisch proces. Vrije en veilige inbreng van perspectieven vraagt van de stakeholders een specifieke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de onderlinge relaties die gericht zijn op wederzijds vertrouwen (Maak & Pless 2006).

Samenvattend hebben onze bevindingen laten zien dat de zorgpraktijk wordt gekenmerkt door verschillende morele perspectieven, waaraan een diversiteit aan waarden ten grondslag ligt endie niet altijd verenigbaar zijn en kunnen conflicteren. De morele ruimte waarin bestuurders in de ouderenzorg voor nieuwe ontwikkelingen verantwoordelijk zijn, onderstreept het belang om met andere stakeholders dialoog te voeren ten einde tot een gedeeld begrip te komen over de vraag of een ontwikkeling past bij wat er voor betrokkenen toe doet. Dialoog tussen belanghebbenden helpt hierbij wanneer door explicitering van morele perspectieven een verruiming van gezichtspunten plaatsvindt. Voorwaarde is dat de dialoog open en veilig genoeg is voor inbreng van ieders morele overwegingen zodat reflectie op het eigen vertrouwde perspectief plaats kan vinden. Inclusie van alle relevante perspectieven, en zeker die van hen voor wie de ontwikkeling in eerste instantie bedoeld is, is hierbij onontbeerlijk. Omdat de betekenisgeving aan een nieuwe ontwikkeling in de ouderenzorg geen statisch fenomeen is maar een dynamisch gebeuren, vraagt dit om dialoog; niet eenmalig bij de start, maar meermaals gedurende de realisatie en na ingebruikname ervan.

6.5 Conclusie

Bestuurders in de ouderenzorg hebben in de actuele, veranderende beleidscontext meer dan vroeger een eigen verantwoordelijkheid om met andere stakeholders nieuwe ontwikkelingen in de zorg en dienstverlening te realiseren die ouderen ondersteunen bij het zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren. Aangezien de overheid hier geen leidende rol meer speelt, vinden dergelijke ontwikkelingen plaats in een ruimte die open is voor morele betekenisgeving. Daarin hebben betrokkenen elk hun eigen morele perspectieven waaraan fundamentele waarden ten grondslag liggen die afhankelijk zijn van en beïnvloed worden door persoonlijke ervaringen vanuit de eigen sociale context. Deze waarden kunnen van elkaar verschillen en met elkaar conflicteren. Afhankelijk van de vrijheid die stakeholders voelen om in een dialoog, ondanks eventueel aanwezige machtsonbalans, hun waarden naar voren te brengen, ontstaat de mogelijkheid om te komen tot gedeeld begrijpen over dat wat er in de ouderenzorg toe doet als basis voor verbetering van de zorgpraktijk. In hun verantwoordelijkheid om nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg te realiseren en te borgen, vraagt dit van bestuurders in de ouderenzorg een open en lerende houding ten aanzien van de morele perspectieven van anderen met inclusie van hen voor wie de ontwikkeling bedoeld is.

Literatuurlijst

- Abma, TA 2006, 'Patients as Partners in a Health Research Agenda Setting: The Feasibility of a Participatory Methodology', *Evaluation & the Health Professions*, vol. 29, no. 4, pp. 424-439.
- Abma, TA, Molewijk, B & Widdershoven, GAM 2009, 'Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation', *Health Care Analysis*, vol. 17, no. 3, pp. 217-235.
- Abma, TA & Stake, RE 2013, 'Science of the Particular. An Advocacy of Naturalistic Case Study in Elderly Care and research' submitted to *Qualitative Health Research*.
- Abma, TA & Widdershoven, GAM 2008, 'Evaluation and/as social relation', *Evaluation*, vol. 14, no. 2, pp. 209-225.
- Barbour, RS & Kitzinger, J 1999, *Developing focus group research: politics, theory and practice*, Sage, London.
- Boeije, HR 2005, *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*, Boom, Amsterdam.
- Corbin, J & Strauss, AL 2008, *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, SAGE Publications, Los Angeles.
- Cunliffe, AL 2002, 'Reflexive Dialogical Practice in Management Learning', *Management Learning*, vol. 33, no. 1, pp. 35-61.
- Cunliffe, AL 2008, 'Orientations to Social Constructionism: Relationally Responsive Social Constructionism and its Implications for Knowledge and Learning', *Management Learning*, vol. 39, no. 2, pp. 123-139.
- Dam van der, S, Abma, TA, Kardol, MJM & Widdershoven, GAM 2011a, 'Here's My Dilemma'. Moral Case Deliberation as a Platform for Discussing Everyday Ethics in Elderly Care', *Health Care Analysis*, Vol. 20, no. 3, pp. 250-267.
- Dam van der, SS, Abma, TAT, Molewijk, ACB, Kardol, MJMT, Schols, JMGAJ & Widdershoven, GAMG 2011b, 'Organizing moral case deliberation experiences in two Dutch nursing homes', *Nursing Ethics*, vol. 18, no. 3, pp. 327-340.
- Dekker, F, Stavenuiter, M & Tierolf, B 2012, *Kwetsbare ouderen in tel*, Verwey Jonker Instituut, Utrecht.

Fawkes, J 2012, 'Interpreting ethics: Public relations and strong hermeneutics', *Public Relations Inquiry*, vol. 1, no. 2, pp. 117-140.

Fisscher, O, Nijhof A & Steensma, H 2003, 'Dynamics in Responsible Behaviour In Search of Mechanisms for Coping with Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 44, no. 2, pp. 209-224.

Gadamer, H-G, Weinsheimer, JC & Marshall, DG 2004, *Truth and method*, Continuum, London.

García-Rosell, J-C 2012, 'Struggles over corporate social responsibility meanings in teaching practices: The case of hybrid problem-based learning', *Management Learning*, 5 July, viewed 19 March 2013, <<http://mlq.sagepub.com/content/early/2012/07/05/1350507612451228.abstract?rss=1>>.

Giddens, A 1987, *Social theory and modern sociology*, Polity Press, Cambridge.

Graste, J 2003, 'Omgaan met dilemma's; een methode voor ethische reflectie', in H Manschot & H Dartel van (eds.), *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam, pp. 43-62.

Grit, K 2004, 'Corporate Citizenship: How to Strengthen the Social Responsibility of Managers?' *Journal of Business Ethics*, Vol. 53, No. 1/2, pp. 97-106.

Guba, EG, & Lincoln, YS 1989, *Fourth generation evaluation*, Sage Publications, Newbury Park.

Kitzinger, J 1994, 'The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants', *Sociology of Health & Illness*, vol. 16, no. 1, pp. 103-121.

Kitzinger, J & Farguhar, C 1999, 'The analytical potential of 'sensitive moments' in focus group discussion', in RS Barbour & J Kitzinger (eds.), *Developing focus group research: politics, theory and practice*, Sage, London, pp. 156-173.

Lieblich, A, Tuval-Mashiach, R & Zilber, T 1998, *Narrative research : reading, analysis and interpretation*, Sage Publications, Thousand Oaks.

Lurie, Y & Albin, R 2007, 'Moral Dilemmas in Business Ethics : From Decision Procedures to Edifying Perspectives', *Journal of Business Ethics*, vol. 71, no. 2, pp. 195-207.

Maak, T & Pless, NM 2006, 'Responsible Leadership in a Stakeholder Society - A Relational Perspective', *Journal of Business Ethics*, vol. 66, no. 1, pp. 99-115.

Manschot, H & Dartel van, H 2003, *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam.

Meadows, LM & Morse, JM 2001, 'Constructing evidence within a qualitative project', in JM Morse, JM Swanson, & AJ Kuzel (eds.), *The nature of Qualitative Evidence*, Sage, Thousand Oaks, pp. 187-201.

Meurs, P & Grinten van der, T 2005, *Gemengd besturen : besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, Academic Service, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005, *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*, VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006, *Wet maatschappelijke ondersteuning*, VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011, *De patient centraal?*, VWS, Breukelen/Amsterdam.

Molewijk, B, Verkerk, M, Milius, H & Widdershoven, G 2008a, 'Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome', *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 11, no. 1, pp. 43-56.

Molewijk, AC, Abma, T, Stolper, M & Widdershoven, G 2008b, 'Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation', *Journal of Medical Ethics*, vol. 34, no. 2, pp. 120-124.

Noordegraaf, M, Meurs, P & Montijn-Stoopendaal, A 2005, 'Pushed organizational pulls : Changing responsibilities, roles and relations of Dutch health care executives', *Public Management Review* vol. 7, no. 1, pp. 25-43.

Noordegraaf, M & Meulen van der, M 2008, 'Professional power play: Organizing management in health care', *Public Administration*, vol. 86, no. 4, pp. 1055-1070.

Oborn, E, Barrett, M & Exworthy, M 2011, 'Policy entrepreneurship in the development of public sector strategy: The case of London health reform', *Public Administration*, vol. 89, no. 2, pp. 325-344.

Ohnsorge, K & Widdershoven, G 2011, 'Monological versus dialogical consciousness: two epistemological views on the use of theory in clinical ethical practice', *Bioethics*, vol. 25, no. 7, pp. 361-369.

Poel van de, I & Royakkers, L 2007, 'The Ethical Cycle', *Journal of Business Ethics*, vol. 71, no. 1, pp. 1-13.

- Pollitt, C & Bouckaert, G 2004, *Public management reform: A comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford.
- Putters, K 2009, *Besturen met duivelselastiek*, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Ryfe, D 2006, 'Narrative and Deliberation in Small Group Forums', *Journal of Applied Communication Research*, vol. 34, no. 1, pp. 72-93.
- Scheer van der, W 2007, 'Is the new health-care executive an entrepreneur?' *Public Management Review*, vol. 9, no.1, pp. 49-65.
- Schwandt, T 2007, 'Expanding the conversation on evaluation ethics', *Evaluation and Program Planning*, vol. 30, no. 4, pp. 400-403.
- Stake, RE 2005, Qualitative Case studies, in NK Denzin, & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 443-466.
- Stewart, J & Zediker, K 2000, 'Dialogue As Tensional, Ethical Practice', *The Southern Communication Journal*, vol. 65, no. 2-3, pp. 224-242.
- Stoopendaal, A 2009, 'Healthcare executives as binding outsiders in fragmented and politicised organisations', *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, vol. 2, no. 2, pp. 184-194.
- Tronto, JC 1993, *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*, Routledge, New York.
- Walker, MU 1998, *Moral understandings: A feminist study in ethics*, Routledge, New York.
- Walker, MU 2007, *Moral understandings: A feminist study in ethics*, Oxford University Press, New York.
- Widdershoven, GAM & Abma, T 2007, 'Hermeneutic ethics between practice and theory', in RE Ashcroft, A Dawson & H Draper (eds.), *Principles of health care ethics*, Wiley, Chichester, pp. 215-223.
- Widdershoven, G, Abma, T, & Molewijk, B 2009, 'Empirical ethics as dialogical practice', *Bioethics*, Vol. 23, No. 4, pp. 236-248.

‘De ware democratie is die,
welke aan ieder individu toestaat
om zijn beste krachten aan
de mensheid te geven.’

Louis Pasteur

HOOFDSTUK 7

Discussie en conclusie

7.1 Inleiding

“Waar gaan wij ons op focussen? (...) Hoe gaan de verpleeghuizen er in de toekomst uitzien? Wat is het effect van zo lang mogelijk thuis wonen van ouderen? Zouden wij ons in de verpleeghuiszorg meer moeten gaan specialiseren? (...) Wij balanceren de hele dag tussen verschillende belangen. Aan de ene kant resultaatgericht denken, alsof wij een business runnen; aan de andere kant, zorg dragen voor mensen die dat zelf niet meer kunnen. Dat spanningsveld is enorm. (bestuurder Jansen)

Door fundamentele veranderingen in de zorg worstelen bestuurders in de ouderenzorg met de heroriëntatie op hun verantwoordelijkheden (Dalen van 2012; Scheer van der 2007). Van deze bestuurders wordt verwacht dat zij samen met diverse stakeholders de ouderenzorg in de lokale context vormgeven. Concrete verantwoordelijkheids-toedeling door de overheid vindt niet plaats, maar dient door stakeholders onderling op moreel verantwoorde wijze onderhandeld te worden. Daardoor is de ouderenzorg in transitie, maar tegelijkertijd ook moreel veelstemming en diffuus. Bestaande bestuursmodellen zijn vooral gericht op financiële en beheersmatige dimensies en geven bestuurders in hun zoekproces naar hun hernieuwde rol en taken onvoldoende houvast bij hun morele overwegingen (Noordegraaf & Abma 2003; Noordegraaf & Stewart 2000; Putters 2009; Provan & Kenis 2008). Nu de overheid het handelen van bestuurders in de ouderenzorg niet meer voorschrijft, is de morele dimensie in hun handelen toegenomen en belangrijk geworden als onderzoeksonderwerp. In deze studie hebben wij ons daarom de volgende meervoudige hoofdvraag gesteld:

Hoe zien bestuurders van intramurale instellingen, vanuit hun perspectief, de transitie in de ouderenzorg; welke morele overwegingen hebben zij daarbij en hoe delen zij op basis daarvan, aan zichzelf en aan hun stakeholders, verantwoordelijkheden toe in hun dagelijkse bestuurspraktijken?

In onze studie gaan wij er vanuit dat bestuurders in relatie met hun stakeholders en op basis van hun normatieve verwachtingen, verantwoordelijkheden toewijzen, accepteren of verwerpen. Deze opvatting is gebaseerd op de zorgethische theorie van filosofe Margret Walker die de morele zorghouding van mensen ziet als fundament voor waar zij zich verantwoordelijk voor voelen. Walker stelt dat wij door ons handelen uitdrukking geven aan onze morele waarden en deze in relatie met anderen betekenis geven (Walker 1998). Verschillende bestuurders en stakeholders zijn individueel geïnterviewd en hebben deelgenomen aan Moreel Beraden om ons inzicht in hun morele perspectieven extra te verdiepen.

Dit onderzoek is vernieuwend, omdat er nog nauwelijks inzicht bestaat in het morele perspectief van bestuurders (Putters 2009; Scheer van der 2007; Stoopendaal 2005). Met dit onderzoek hebben wij tevens een bijdrage willen leveren aan het beantwoorden van de vraag: op welke wijze de veranderingen in de ouderenzorg vanuit de diverse perspectieven van stakeholders moreel verantwoord vormgegeven kunnen worden. De zorgethische benadering van Walker (1998)

heeft ons geholpen om te achterhalen welke morele kwesties er bij bestuurders spelen in het dagelijks vormgeven van hun verantwoordelijkheden. De specifieke kenmerken van de casussen, zoals aangedragen door de betrokkenen, hebben ons in staat gesteld om de achterliggende complexiteit in processen van toedelingen van verantwoordelijkheden, zoals die zich in de praktijk voordoen, te ontrafelen (Stake 2006; 2010).

Om de morele dimensie in en de spanningen die zich bij het toedelen van verantwoordelijkheden kunnen voordoen, hebben wij toedelingen op drie aspecten onderzocht; het statisch, dynamisch en dialogisch toedelen van verantwoordelijkheden. Allereerst hebben wij statisch verdeelde verantwoordelijkheden onderzocht door te bestuderen hoe bestuurders de transitie in de ouderenzorg zien, vanuit hun perspectief, en hoe zij op basis daarvan verantwoordelijkheden toedelen. Wij hebben dit gedaan door bij een zestal bestuurders op zoek te gaan naar de bestuurlijke taken waarvoor zij zich verantwoordelijk voelen, als onderdeel van de huidige veranderingen in de ouderenzorg, en tevens wat hen moreel drijft in de door hen ervaren lokale opgaven in de ouderenzorg (hoofdstuk 2). Bij bestuurder Jansen hebben wij de morele dimensie diepgaander onderzocht door het achterliggende complex aan identiteiten van de bestuurder te ontrafelen, alsook de waarden waaraan hij hecht en de relaties die hij hiervoor belangrijk acht en aangaat (hoofdstuk 3). Vervolgens hebben wij het dynamische proces van toedelingen van verantwoordelijkheden tussen een bestuurder en een vijftiental andere stakeholders bestudeerd door in te gaan op het onderhandelingsproces over waarden (hoofdstuk 4). Het dialogische toedelen van verantwoordelijkheden hebben wij bestudeerd om ons inzicht te vergroten in de verscheidenheid in en dynamiek tussen morele perspectieven van bestuurders en andere stakeholders. Dit hebben wij gedaan aan de hand van een homogene Moreel Beraad bijeenkomst; een gestructureerd groepsgesprek rond een dilemma van bestuurder Jansen waaraan collega- bestuurders deelnamen (hoofdstuk 5). En wij hebben een heterogene Moreel Beraad bijeenkomst gehanteerd om ons inzicht te verdiepen in de diversiteit in en dynamiek tussen morele overtuigingen en overwegingen rond nieuwe zorg- en dienstverleningsvormen in de ouderenzorg (hoofdstuk 6).

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: in paragraaf 7.2 vatten wij onze algemene bevindingen over toedelingen van verantwoordelijkheden samen. Hiermee wordt de onderzoeksvraag beantwoord. In paragraaf 7.3 relateren wij de bevindingen aan bestaande literatuur op de drie elementen die Walker als fundamenteel ziet voor verantwoordelijkheids-toedelingen: identiteit, waarden en relaties. In paragraaf 7.4 reflecteren wij op wat wij aan inzicht verkregen hebben ten aanzien van het dialogisch toedelen van verantwoordelijkheden aan de hand van wat de literatuur hierover aandraagt, en wij geven suggesties voor verbetering van de zorgpraktijk. De reflectie op de door ons gekozen onderzoeksmethode en de onderzoeksbenadering en de beperkingen van ons onderzoek volgt in paragraaf 7.5. Wij sluiten dit hoofdstuk af met een algemene conclusie (paragraaf 7.6).

7.2 Algemene bevindingen

In deze paragraaf beantwoorden wij onze meervoudige hoofdvraag door in te gaan op onze algemene bevindingen over statisch verdeelde dan wel dynamische en dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden. Wij bediscussiëren de bevindingen, die een beeld van de dagelijkse zorgpraktijk van bestuurders schetsen, en spiegelen deze aan de zorgethische kijk op verantwoordelijkheden zoals Walker (1998) die voorstaat.

7.2.1 Statisch verdeelde verantwoordelijkheden

Lokale opgaven als uiting van de morele zorghouding

In de zorgethiek wordt zorg gezien als een complexe praktijk waarin, op basis van morele overwegingen, mensen de behoeften van anderen interpreteren en beantwoorden. Zorg wordt hierbij gezien als een morele houding op basis waarvan onze verbondenheid met het welzijn van anderen tot uitdrukking gebracht kan worden. Walker ziet de morele zorghouding als een wezenlijk element van ons zelfbegrip en ons begrip van relaties met anderen, waarbij ons handelen moreel van aard is en gestalte krijgt in onderlinge relaties (Walker 1998).

De verhalen van de bestuurders die door ons zijn onderzocht en met behulp van de theorie van Walker geanalyseerd, illustreren op basis van welke zorghouding zij behoeften in hun zorgpraktijk interpreteren en dientengevolge verantwoordelijkheden aan zichzelf en aan anderen toedelen.

De bestuurders in onze studie beschouwen het als hun hoofdpoging om aan de wensen van de toekomstige generatie ouderen tegemoet te komen door het aanpassen en innoveren van hun intramurale zorg en door ouderen met extramurale activiteiten te ondersteunen bij het langer thuis blijven wonen en functioneren. Zij ervaren de context waarin zij deze opgaven moeten realiseren als complex door onder meer het dreigend tekort aan personeel, het mondiger worden van cliënten en hun familie, de veranderingen in de financieringsstromen en de komst van zorgprotocollen. Ook uit andere studies blijkt dat bestuurders tegenwoordig hun bestuurscontext complex vinden door de vele veranderingen die op hen afgekomen zijn (Noordegraaf, Meurs & Montijn-Stoopendaal 2005; Putters 2009; Scheer van der 2007). Uit onze studie blijkt dat bestuurders hun werkveld op dit moment typeren als *‘een heel palet van verschuivende actoren’* (bestuurder Boersma) waarmee onderstreept wordt dat hun bestuurswerkelijkheid en de spelers daarbinnen voortdurend in beweging zijn. Dit bemoeilijkt hen bij het zich heroriënteren op hun nieuwe positie en rol. De bestuurders zijn van mening dat veranderingen in de ouderenzorg noodzakelijk zijn, en voelen zich medeverantwoordelijk hieraan invulling te geven; *“Wij moeten als zorgpartij ook op zoek naar alternatieven”* (bestuurder Steen). Zij realiseren zich dat hun traditionele zorgarrangementen in de ouderenzorg niet langer houdbaar zijn, en zij voelen zich uitgedaagd om hun intramurale voorzieningen te transformeren naar voor de toekomst beter passende vormen. De bestuurders zijn allen van mening dat zeker de toekomstige generatie ouderen langer zelfstandig zal willen blijven wonen en indien nodig ook langer informele en formele thuiszorg zal willen ontvangen. Deze

mening heeft hun traditionele focus op de intramurale zorg verbreed naar onder andere meer aandacht voor extramurale zorg in de vorm van ondersteuning voor thuiswonende ouderen.

Onze bevindingen laten zien dat bestuurders eigen specifieke lokale opgaven ervaren, gegeven hun actuele situatie en op basis van hun normatieve verwachtingen van zichzelf en van anderen (zie hoofdstuk 2). Elke bestuurder heeft zo zijn eigen opvatting over wat hem te doen staat; deconcentratie van een grootschalige intramurale instelling over diverse wijken in een stad (bestuurder Steen); realisatie van een nieuw woonzorgcentrum in een nieuw te bouwen wijkcentrum (bestuurder Bakker); realisatie van een gespecialiseerd verpleeghuis voor een specifieke groep kwetsbare ouderen (bestuurder Jansen); realisatie van 24-uurszorg voor thuiswonende ouderen in veraf gelegen gebieden (bestuurder Vos); toestaan van extra welzijnsdiensten tegen betaling (bestuurder Boersma) en voorkoming van faillissement door verliezen op de activiteiten in de huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen (bestuurder Kruithof). Door analyse van de narratieven van de bestuurders is achterhaald dat hun percepties van verantwoordelijkheden, zoals Walker (1998) veronderstelt, gegrond zijn in de persoonlijke identiteit van de bestuurders, de waarden waaraan zij hechten en de relationele verhouding met andere stakeholders. Bij de in deze studie betrokken bestuurders spelen zorg-intrinsieke waarden, zoals zorgen voor hen die afhankelijk zijn van anderen (Steen), het bestrijden van eenzaamheid (Bakker), hulpvaardigheid en solidariteit (Jansen) en het voorkomen van exploiteren van werknemers (Kruithof), maar ook commerciële en economische waarden, als concurrentiepositie en kosteneffectiviteit (allen). De identiteiten van de bestuurders variëren van extern gericht, veranderingsgezinnd en ondernemend (bestuurder Steen, Jansen, Vos en Kruithof) tot meer behoudend met een interne, op de financiële bedrijfsvoering gerichte identiteiten (bestuurder Bakker en Boersma). De identiteit en de waarden waaraan een bestuurder hecht, vormen een normatief complex aan verwachtingen van zichzelf en anderen over wat te doen, hoe en met wie. De verantwoordelijkheidsopvattingen tussen bestuurders verschillen hierdoor fundamenteel van elkaar.

Bij nadere bestudering van het perspectief van één bestuurder, bestuurder Jansen (zie hoofdstuk 3), blijkt dat er bij een bestuurder sprake kan zijn van meerdere identiteiten. Zo verwacht bestuurder Jansen van zichzelf, vanuit zijn identiteit als beschermer, iets te kunnen betekenen voor kwetsbare mensen, en verantwoordelijkheid te dragen voor het waarborgen van aandachtsvolle zorg. Op basis van deze identiteit ontwikkelt zich bij hem het voornemen om voor de uiterst kwetsbare groep van patiënten die lijden aan de ziekte van Huntington gespecialiseerde zorg te ontwikkelen. Tegelijkertijd verwacht hij van zichzelf dat hij zich actief opstelt, in lijn met de verwachtingen die de overheid van bestuurders heeft om marktgericht en ondernemend te zijn. Waarden die er voor hem toe doen zijn van zorginhoudelijke aard (zorgen voor hulpbehoevenden en aandachtsvolle zorg), maar ook zakelijke waarden

(kostenefficiëntie) spelen een rol in zijn verantwoordelijkheidsopvatting. Als onbalans optreedt, ontstaan processen om deze balans te herstellen. De casussen rond bestuurder Jansen illustreren dit wanneer zijn gespecialiseerde zorg bedreigd wordt (zie hoofdstuk 3) en wanneer huishoudelijke ondersteuning onrendabel blijkt te zijn (zie hoofdstuk 4). Ander onderzoek heeft laten zien dat zorgbestuurders op hun eigen kompas varen (Freeman & Auster 2011; Maak & Pless 2006; Pless 2007; Scheer van der 2007). Onze studie verdiept deze notie met het inzicht dat er geen sprake is van een waardevast kompas of een statische morele zorghouding, maar dat er bij een bestuurder sprake is van een complexe schakering van identiteiten en waarden die door gebeurtenissen in andere verhoudingen kunnen komen te staan en in onbalans kunnen raken.

Spanning tussen de wereld van het zorgsysteem en de wereld van bestuurders

Zorgethisch benaderd, wordt zorg gezien als een intermenselijke relatie die op morele gronden vorm en inhoud krijgt, eerder dan door contractuele verplichtingen (Verkerk 1994). Onze bevindingen illustreren dat de verplichtingen die het zorgsysteem de bestuurders oplegt, hun handelen op basis van hun morele overtuigingen belemmert. De verwachtingen die het systeem van de bestuurders heeft, conflicteren met de verwachtingen die de bestuurders van zichzelf hebben. Hun zorg voor behoud van intrinsiek aan de zorg verbonden waarden (aandacht, vertrouwen en welzijn) conflicteert met de aan hen opgelegde verwachtingen hun organisatie zakelijk te managen (kostenefficiënt en -effectief). Het moeilijk verenigbaar krijgen van de waarden die voortkomen uit de bureaucratische systeemvereisten, de vaste regels en verantwoordingsstructuren, en de zorginhoudelijke waarden die de bestuurders fundamenteel drijven, zorgen voor spanningen. Bij bestuurders Steen en Bakker treden dergelijke spanningen bijvoorbeeld op als hun gemeenten geen vergunningen verstrekken voor hun plannen voor de deconcentratie van de intramurale capaciteit van bestuurder Steens zorgorganisatie en voor de bouw van het woonzorgcentrum van bestuurder Bakker. Door toedoen van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) krijgt bestuurder Vos zijn 24-uurs zorg voor ouderen die in afgelegen gebieden wonen niet gerealiseerd. Spanningen doen zich voor bij bestuurder Jansen als zijn gespecialiseerde zorg voor de patiënten met de ziekte van Huntington bedreigd wordt door onvoldoende vergoedingen door de overheid. Onrendabele ondersteuning voor oudere mensen die nog thuis wonen, plaatst bestuurders Vos en Jansen voor een moreel probleem als door de financiële gevolgen de werkgelegenheid van hun medewerkers onder druk komt te staan. Wanneer spanningen niet overbrugd kunnen worden, dreigen de activiteiten en ontwikkelingen in een impasse te raken, zoals de casussen van bestuurders Bakker en Kruithof laten zien (zie hoofdstuk 2).

De spanningen geven blijk van een discrepantie tussen de verwachtingen en opgelegde verantwoordelijkheden, voortkomend uit het

veranderende zorgstelsel en de wereld zoals bestuurders die lokaal beleven. Dit fenomeen is illustratief voor wat door Habermas aangegeven is als een effect van het proces van rationalisering waarbij de systeemwereld los is komen te staan van de werkelijk beleefde wereld (Habermas 1984). In het onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor de zorgwaarden in de thuiszorg wordt gewezen op deze spanning en de vaak onbedoelde consequenties die dit heeft voor professionals en burgers die met de praktische gevolgen van dit beleid om moeten zien te gaan (Kunnenman & Slob 2007). Onze studie heeft dergelijke consequenties naar voren gebracht en laat zien dat de waarden, voorkomend uit de systeemwereld, de waarden uit de leefwereld domineren met gefragmenteerde verantwoordelijkheids-toedelingen en onvervulde zorgbehoeften tot gevolg. Eenzijdig door de overheid aan zorgaanbieders opgelegde verwachtingen en verplichtingen overvleugelen de morele zorghouding van bestuurders.

7.2.2 Dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden

Waardegeladen dynamisch onderhandelingsproces; macht en controle

Zorg kan opgevat worden als een resultante van een proces dat voortgekomen is uit een geheel aan inspanningen (Fisher & Tronto 1990). In dergelijke processen zoeken betrokkenen balans tussen waarden; een proces dat zich niet als statisch maar als dynamisch laat kenmerken (Abma et al. 2010). De bevindingen over de casus met betrekking tot ondersteuning aan ouderen die in moeilijk bereikbare gebieden wonen, zoals nagestreefd door bestuurder Jansen en zijn stakeholders, - laat een dergelijke dynamiek zien (zie hoofdstuk 4). De bestuurder en andere stakeholders hebben allen aangegeven het langer in de vertrouwde omgeving laten wonen van ouderen als een trend te zien, die past bij de wensen van (toekomstige) ouderen. Uit dien hoofde voelden zij zich verantwoordelijk hieraan bij te dragen. In eerste instantie breidde bestuurder Jansen dan ook zijn intramurale activiteiten uit met huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Hij is een contract aangegaan met de gemeente uit zijn zorggebied om ondersteuning aan thuiswonende ouderen te leveren. Dit besluit werd ondersteund door zijn interne stakeholders, - zoals zijn medebestuurder van Waterland, zijn controller en divisie managers alsook de voorzitter van de cliëntenraad, en externe stakeholders (zoals de directeur van de Stichting Welzijn Ouderen en de burgemeester van de gemeente uit de zorgregio van Waterland). Waarden die het besluit ondersteunden, waren, naast zorgzaamheid voor kwetsbare thuiswonende ouderen en het ondersteunen van hen in hun zelfredzaamheid, het versterken van de concurrentiepositie. Normatieve verwachtingen blijken door wijzigingen in de situatie te kunnen veranderen. In de onderzochte casus gebeurt dit als blijkt dat ondersteuning voor ouderen die op moeilijk bereikbare plaatsen wonen, onrendabel is door onvoldoende financiële compensatie voor de hiervoor benodigde langere reistijden van de zorgprofessionals. Het morele dilemma dat vervolgens voor bestuurder Jansen

ontstaat, is een gevolg van de conflicterende verwachtingen om enerzijds voor deze groep ouderen die moeilijk bereikbaar zijn, iets te betekenen, en tegelijkertijd zorgzaam te zijn voor de financiële positie van zijn organisatie en daarmee de werkgelegenheid van zijn medewerkers.

Onbalans in waarden maakt dat een proces op gang komt dat gericht is op wederom het in balans brengen van deze waarden (Walker 1998). Bestuurder Jansen verschuift zijn verantwoordelijkheid voor kwetsbare thuiswonende ouderen naar zijn verantwoordelijkheid voor een financieel efficiënte organisatie. Zakelijke waarden worden dominant en winnen het van zijn zorginhoudelijke waarden. Dominantie vanuit het zorgsysteem (vaste tarieven) laat een dwingende sturing op het onderhandelingsproces van bestuurder Jansen zien. Het gevolg is dat zorginhoudelijke waarden onder druk komen te staan. De positie die Jansen als bestuurder inneemt, maakt het mogelijk om te kunnen besluiten te stoppen met ondersteuning voor thuiswonende ouderen ondanks de door zijn externe stakeholders aangehouden zorginhoudelijke waarden van het voorkomen van crisissituaties en het bestrijden van eenzaamheid bij ouderen. Onbalans in waarden en onbalans in relationele verhoudingen liggen aan de basis van de dynamiek die ontstaat in het onderhandelen over waarden waarbij zakelijke waarden zorginhoudelijke waarden overtroeven. Het maatschappelijk proces om te komen tot een stelsel van voorzieningen op basis van een verantwoordelijkheid voor het signaleren en beantwoorden van zorgbehoeften van ouderen komt hierdoor niet tot stand. Verantwoordelijkheids-toedelingen op basis van relationele betrokkenheid bij ouderen en hun situatie, zoals Walker (1998) die voorstaat, krijgen geen ruimte.

Beantwoorden van zorgbehoeften; 'wie zorgt voor wie?'

Betrokkenen construeren in een relationeel proces met elkaar en op basis van hun eigen morele zienswijzen morele opvattingen (White & Tronto 2004). Zo ook geldt dit voor de bestuurders in hun relatie met andere stakeholders. Niet alleen bestuurder Jansen doorloopt een dynamisch proces om balans aan te brengen in zijn eigen verwachtingen en dat wat anderen van hem verwachten. Alle in het proces betrokken mensen doorlopen een eigen proces waarin zij balans proberen aan te brengen in de waarden waaraan zij hechten. Dit geldt voor Jansens medebestuurder, zijn divisiemanagers, de burgemeester, de voorzitter van de cliëntenraad, en alle andere betrokken stakeholders. Bestuurders en stakeholders zijn in een continu proces van toedelen, accepteren en weerstaan van verantwoordelijkheden aan elkaar verbonden. Dit proces wordt in zijn dynamiek beïnvloed als door situationele gebeurtenissen onderlinge relaties en waarden in andere verhoudingen komen te staan. Waarden zijn niet evident leidend. Aan het onderhandelingsproces ligt een palet aan wisselende, met elkaar in lijn liggende en conflicterende, waarden ten grondslag. Onbalans in waarden heeft versnipperde, gefragmenteerde en steeds wisselende verantwoordelijkheids-toedelingen tot gevolg. Zo vindt het onderhandelingsproces over de ondersteuning voor thuiswonende ouderen niet

plaats op basis van een gedeeld beeld over wat er voor thuiswonende ouderen en hun familieleden toe doet (zie hoofdstuk 4).

Een gedeeld beeld over dat wat het zorgsysteem voorstaat en dat wat bestuurders en stakeholders in de praktijk ervaren, ontbreekt. De stakeholders, en met name zij die in de praktijk in direct contact staan met ouderen, twijfelen aan de verwachtingen die de overheid van oudere mensen heeft om zelfredzamer te zijn. Thuiswonende ouderen worden door deze stakeholders eerder gezien als mensen die hulp en ondersteuning nodig hebben, dan als mensen die in staat zijn dit zelf te regelen. Ook vragen verschillende stakeholders zich af of van familieleden verwacht mag worden dat zij hun ouders helpen bij hun verzorging. Bij het verplichten van familieleden om hun ouders te verzorgen worden vraagtekens geplaatst vanuit eigen ervaringen met de beperkte mogelijkheden om werk en zorg voor een eigen gezin hiermee te combineren. Door het gemis aan een gedeeld beeld van wat van waarde is voor deze groepen stakeholders, - de ouderen en hun directe informele en formele verzorgers -, doorlopen de stakeholders een eigenstandig proces waarin zij proberen om waarden in balans te brengen. Door dominantie van financiële waarden, zoals opgelegd door de overheid, worden de zorginhoudelijke waarden in deze zoektocht naar balans onder druk gezet. Hierdoor blijft onbalans aanwezig en worden oplossingen, die recht doen aan waarden van alle betrokkenen, onder druk gezet. De wisselende balans in verhoudingen tussen waarden veroorzaakt verschuivingen in verantwoordelijkheidsopvattingen en heeft zijn weerslag op besluiten. Het proces van het starten van de extramurale ondersteunende activiteit door Jansen is een voorbeeld hiervan, evenals het weer stoppen ervan. Onlosmakelijk hiermee verbonden is een voortdurend proces van toewijzen, accepteren en negeren van verantwoordelijkheden, omdat stakeholders, ieder voor zich, onbalans in de eigen waarden proberen te voorkomen. Oplossingen dreigen hiermee niet meer gebaseerd te raken op de waarden en behoeften van de ouderen zelf. Door een ongedeelde perspectief op 'wie er op basis waarvan voor wie zorgt?' en door exclusie van hen waarvoor de zorg bedoeld is, ontstaat het risico dat in de dynamiek waarin over waarden onderhandeld wordt en waarin sprake is van druk die uitgaat van de financiële dominantie vanuit het systeem, de behoeften van ouderen uit het oog raken.

Normatieve verwachtingen en relationele verhoudingen

In een zorgethische benadering van de zorg wordt als relevant gezien hoe mensen zich tot elkaar verhouden en zouden moeten verhouden (Schwandt 2001). In hun relatie geven mensen uitdrukking aan hun verantwoordelijkheid voor elkaar. Over onderlinge verhoudingen en relaties hebben mensen echter niet altijd dezelfde normatieve verwachtingen. Dit kan leiden tot spanningen (Walker 1998). Uit onze bevindingen komen dergelijke spanningen naar voren.

Normatieve verwachtingen die een bestuurder van zichzelf heeft, kunnen met elkaar in conflict zijn. Zijn verwachtingen kunnen ook conflicteren

met die van zijn stakeholders. De bevindingen in hoofdstuk 2 laten zien dat de onderlinge relaties tussen de bestuurders en hun stakeholders ertoe doen. Bestuurders voelen zich afhankelijk van de institutionele stakeholders; de nationale overheid, inspectie, NMa, gemeenten en zorgkantoren, vanwege het vragen om toestemming voor realisatie van hun lokale opgaven zoals noodzakelijke vergunningen, zorgvergoedingen en aanbestedingen. De bestuurders verwachten van de overheid meer ruimte om te ondernemen. De overheid beantwoordt deze verwachting niet. In hun handelen en het tot uitvoer brengen van hun opgaven, voelen de bestuurders zich van de overheid afhankelijk en door hen gecontroleerd. Bestuurders ervaren het veranderde zorgsysteem hierdoor als paradoxaal, wat ook blijkt uit de literatuur (Brandsen, Donk van de & Putters 2005; Putters 2009). Aan de ene kant wordt van hen vernieuwend ondernemerschap verlangd en aan de andere kant wordt hun handelen beknot door strikte regels en procedures. De bestuurders typeren de relatie met deze stakeholders als belemmerend en gebaseerd op wantrouwen; *“We zijn overgeleverd aan de barmhartigheid van de zorgfinanciers”* (Jansen). Het systeem dicteert bestuurders om hen als primaire stakeholders te beschouwen en de waarden verbonden aan het systeem te laten prefereren boven hun zorginhoudelijke waarden.

Wat bestuurders van zichzelf verwachten, als het ouderen en specifiek hun cliënten aangaat, ligt niet in lijn met de verwachtingen die de overheid in haar veranderende ouderenbeleid als uitgangspunt hanteert. Ook hier doen zich spanningen voor tussen normatieve verwachtingen. De overheid verwacht van ouderen dat zij meer eigen initiatief tonen om langer zelfredzaam te blijven. De bestuurders zien ouderen echter veelal nog als afhankelijk van hen in hun zorg en ondersteuning. Zij typeren cliënten eerder als *‘kwetsbare mensen’* waarbij zij twijfelen aan hun zelfredzaamheid alsook of er van hen gevraagd mag en kan worden om hun eigen zorg te organiseren. Ook zien bestuurders hun zorgprofessionals als afhankelijk van hun aansturing en typeren zij hen als *‘lieve hulpvaardige mensen die je moet prikkelen om te vernieuwen’* (bestuurder Steen). De relatie tussen overheid en bestuurders en de relatie tussen bestuurders en ouderen en hun zorgprofessionals laten een traditioneel beeld zien. Bestuurders zien ouderen en hun zorgprofessionals niet zozeer als stakeholders met wie zij de zorg vormgeven maar voor wie zij het doen; dit is wat hun handelen fundamenteel motiveert. Dit traditionele beeld van onderlinge verhoudingen ligt niet in lijn met de verwachtingen die de overheid van de verhoudingen tussen overheid, zorgaanbieders en ouderen hebben. De ouderenzorg mag in de zin van doorvoering van wet- en regelgeving misschien getypeerd zijn als in transitie (Schäfer et al. 2010), de onderlinge verhoudingen laten nog een traditioneel beeld zien.

De traditionele verhoudingen hebben effect op het onderhandelingsproces over verantwoordelijkheids-toedelingen. Bestuurders hebben noodgedwongen hun focus eerder op de stakeholders die het zorgsysteem vertegenwoordigen, dan op de stakeholders die in de dagelijkse

zorg betrokken zijn, de zorgprofessionals, familieleden en de ouderen zelf. De behoeften van ouderen zijn niet leidend in het onderhandelingsproces over ieders verantwoordelijkheid hoe hier op te antwoorden.

7.2.3 Dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden

Reflectie op het eigen morele perspectief

Als in een context, zoals in de ouderenzorg, waarden en normen waarmee mensen vertrouwd waren, veranderen, kunnen morele dilemma's ontstaan. Multi-vocaliteit in hoe een vraagstuk op te lossen, kenmerkt de worsteling van het komen tot 'een wijs besluit' (Poel van de & Royakkers 2007). Onze bevindingen geven hiervan blijk. Bestuurders kunnen niet terugvallen op door de overheid voorgeschreven beleid voor hun handelen. Zij moeten zelf tot moreel verantwoorde besluiten komen. Dit brengt bestuurders over morele kwesties in twijfel ten aanzien van wat te doen en hoe te handelen. Reflectie op de eigen moraliteit wordt gezien als waardevol om tot nader inzicht te komen over het eigen morele perspectief en hoe dit zich verhoudt met perspectieven van anderen (Abma et al. 2010; Widdershoven, Molewijk & Abma 2009).

Gestructureerd delibereren heeft het vermogen om het eigen perspectief te exploreren en erop te reflecteren (Abma et al. 2009; Manschot & Dartel van 2003; Molewijk et al. 2008a; Widdershoven et al. 2009). De dialoog uit de door ons gehanteerde Moreel Beraad bijeenkomsten (MB's) laat dit zien (hoofdstuk 5 en 6). Door dialoog met zijn collega-bestuurders ontdekt bestuurder Jansen dat zijn dilemma of hij ouderen wel moet laten bij betalen voor extra zorg of service, niet alleen - zoals hij oorspronkelijk dacht - gegrond is in zijn waarde om gelijkheid tussen zijn cliënten na te streven (hoofdstuk 5). Door het eigen perspectief te relateren aan perspectieven van diverse groepen belanghebbenden, krijgen hij en de andere deelnemende bestuurders een nieuw perspectief op solidariteit. Door niet uit te gaan van gelijkheid, maar van verschil, zien zij financiële ruimte ontstaan om voldoende basiszorg in stand te houden. Dit expliciterende en verbredende vermogen van dialogische processen komt ook naar voren in onze bevindingen over de gevoerde dialoog over het Grand Café van zorgorganisatie Waterland (hoofdstuk 6). Hier lag het dilemma voor over het exploitatietekort van het nieuw ontwikkelde Grand Café. Het dilemma dat centraal stond was of het moreel juist is om de verliezen aan te vullen vanuit het zorgbudget van de instelling. Niet de financiële verliezen als zodanig maar de wijze waarop deze gecompenseerd worden, waren grond voor Jansens dilemma. In zijn streven om het Grand Café te behouden, waren - in tegenstelling tot de onrendabele huishoudelijke ondersteuning - de financiële waarden niet doorslaggevend. Waarom deze ontwikkeling wel iets mocht kosten, in tegenstelling tot de huishoudelijke ondersteuning voor moeilijk bereikbare ouderen, is niet duidelijk geworden. Wel dient het als voorbeeld dat de druk van het systeem op de financiën bestuurders niet altijd het ondernemerschap ontnemt om toch met nieuwe ontwikkelingen te komen die zij waardevol

achten, ook als die niet in eerste instantie kostendekkend zijn. Het dekken van de kosten met de voor de zorg voor de intramurale cliënten bestemde zorggelden is voor Jansen echter wel een moreel dilemma. Wanneer Jansen zijn dilemma expliciteert, komt een rijker palet aan tegenstrijdige waarden naar boven dan waarvan hij zich oorspronkelijk bewust was. Zorgzaamheid voor cliënten is aangevuld met waarden als de belastbaarheid van vrijwilligers en de vraag of het drinkgelag in het café bijdraagt aan inclusie van de ouderen. Het dialogische proces heeft geleid tot verbreding van de inzichten in de normatieve aspecten en overwegingen van de betrokkenen op de casus en erkenning van de noodzaak om rekening te houden met meer stakeholdergroepen dan alleen de groep ouderen. Het gestructureerd delibereren over waarden heeft de deelnemers geholpen in het doorlopen van een proces om in de oplossingen waarden van verschillende stakeholdersgroepen te includeren. Inclusie van perspectieven van alle betrokken is nodig om te kunnen komen tot een zorgpraktijk, die recht doet aan de behoeften die bij mensen leven (Tronto 1993).

Veranderende perspectieven op gelijkheid, solidariteit en individualiteit

Het goed kunnen doorgronden van morele kwesties en hun betekenis voor de praktijk vraagt om uitwisseling van morele perspectieven. Gestructureerde dialoog kan hierbij helpen, en een leerproces naar gedeeld begrijpen van wat er in de praktijk speelt op gang brengen (Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). In beide MB's (hoofdstuk 5 en 6) komt een dergelijk lerend proces op gang wanneer de deelnemers hun eigen perspectief relateren aan perspectieven van elkaar en perspectieven van diverse groepen van belanghebbenden. De interactie laat zien dat vragen rijzen over wat waarden als gelijkheid, solidariteit en individualiteit precies betekenen in de voorliggende casussen. Is het rechtvaardig om cliënten betaling voor extra's te onthouden als dit een schrale basiszorg tot gevolg heeft? Is het rechtvaardig om met zorggelden van de instelling een Grand Café te exploiteren dat ook toegankelijk is voor wijkbewoners? Door de normativiteit in de concrete praktijk als uitgangspunt te nemen, ontstaan nieuwe zienswijzen op deze waarden.

Interactie ondersteunt niet alleen het expliciteren en verbreden van morele perspectieven maar heeft ook het vermogen om deze perspectieven te laten verschuiven en mogelijk (gedeeltelijk) te laten versmelten met elkaar (Visse, Widdershoven & Abma 2011; Widdershoven, Abma & Molewijk 2009). In het dialogische proces over de bijbetalingen voor extra service verschuift het perspectief van bestuurder Jansen van het niet willen laten bijbetalen naar het willen overwegen om dit toch in te voeren. Ook zijn collega-bestuurders hebben hun overtuigende perspectief op het laten bijbetalen gaande de dialoog verrijkt met het inzicht dat er waarden zijn waaraan zij met hun perspectief niet tegemoet komen, waarop ook zij het laten bijbetalen genuanceerder zijn gaan zien. Nieuw inzicht is ontstaan over dat er keuzevrijheid moet zijn voor het laten bijbetalen voor extra service, maar dat recht gedaan moet blijven worden aan

solidariteit in de zorg door het opplussen van de basiszorg voor diegenen die geen extra's kunnen betalen. Door niet uit te gaan van gelijkheid, maar van verschil, kan een situatie gecreëerd worden waarbij voldoende financiële ruimte ontstaat voor voldoende basiszorg. Bij de exploitatietekorten van het Grand Café brengt de interactie de deelnemers tot het inzicht dat het oorspronkelijke concept van het Grand Café in de praktijk geheel anders beleefd wordt. De oorspronkelijke waarden van sociale ontmoetingsplek, zorgzaamheid voor kwetsbare ouderen en rechtmatige bestedingen van zorggelden blijken in de praktijk teveel geweld aangedaan te zijn.

De bevindingen laten zien dat de vraag wat een goed besluit is, zoals in het geval van wel of niet laten bijbetalen voor extra zorg ten behoeve van het exploitatietekort van het Grand Café, zich niet laat beantwoorden met abstracte kennis of theorieën. De morele dimensie van het vraagstuk is pluraal van karakter, verankerd in het specifieke van de situatie. De diversiteit in perspectieven vraagt niet om besluiten die één waarde dominant en leidend maken. De dialogen die in de MB's gevoerd zijn, laten zien dat bestuurder Jansen steun ondervindt in het helder krijgen welke waarden in het spel zijn, wat die waarden voor de diverse stakeholders betekenen, en aan welke waarden de deelnemers recht gedaan willen zien worden. Even zo belangrijk is het inzicht welke waarden bij een besluit geweld aan gedaan worden. Zijn morele perspectief op het vraagstuk raakt verdiept en genuanceerd en verbonden met wat een besluit of oplossingsrichting voor anderen betekent. Hiermee is een belangrijk fundament gelegd voor een verantwoordelijkheidsopvatting die zich baseert op de diversiteit in morele perspectieven in plaats van op verplichtende abstracte systeemwaarden. Het systematisch delibereren door bestuurders draagt bij aan het kunnen komen tot moreel verantwoorde overwegingen en beslissingen.

7.3 Verantwoordelijkheden vanuit zorgethisch perspectief

Uit de vorige paragraaf blijkt dat bestuurders het in de complexiteit van de transitie in de ouderenzorg lastig vinden om de balans te vinden tussen het eigen morele perspectief op wat te doen en hoe te handelen en dat van anderen. In deze paragraaf reflecteren wij op onze algemene bevindingen over de morele dimensies bij verantwoordelijkheids-toedelingen door bestuurders en andere stakeholders aan de hand van bestaande literatuur. Wij doen dit door nader in te gaan op de door Margret Walker (1998) als fundamenteel geziene elementen in verantwoordelijkheids-toedelingen; identiteit, waarden en relaties. In de volgende drie paragrafen gaan wij eerst in op de bevonden relationele verhouding tussen overheid, zorgaanbieders en ouderen (relaties). Daarna reflecteren wij op de diversiteit in en spanningen tussen waarden die ontstaan als gevolg van de verschillende morele zienswijzen van bestuurders en andere stakeholders (waarden). En in de laatste paragraaf gaan wij in op de identiteit die van bestuurders gevraagd wordt om spanningen te overkomen

(identiteit). Door eerst in te gaan op relaties, vervolgens op waarden en dan pas op identiteit, komen we tot concrete aanwijzingen voor het handelen van bestuurders.

7.3.1 Relaties: Traditionele verhoudingen

Naar aanleiding van onze bevindingen kan geconstateerd worden dat, in de transitie van het zorgstelsel, verantwoordelijkheden relatief eenzijdig door de overheid zijn verschoven naar en opgelegd aan respectievelijk ouderen ('wees zelfredzamer'), familieleden ('draag zorg voor uw ouders') en maatschappelijke partijen, zoals zorgorganisaties voor ouderen ('geef de zorg voor ouderen van nu en in de toekomst vorm op een efficiënte en ethisch verantwoorde wijze'). Deze verantwoordelijkheden zijn eenzijdig toegewezen in de vorm van regels en plichten. De overheid ziet bestuurders van zorgorganisaties als actieve ondernemers en verwacht van hen dat zij de ouderenzorg zo vormgeven dat deze betaalbaar is en aangepast aan de wensen van (toekomstige) ouderen. De overheid laat regels en controle en zakelijke waarden (financiële efficiëntie) prevaleren over zorginhoudelijke waarden (zorg dragen voor kwetsbaren, aandacht en welzijn). Tegelijkertijd is er sprake van een machts(on)balans tussen overheid, bestuurders en ouderen. De overheid ziet in het veranderde ouderenbeleid ouderen als zelfredzamer en dicht kinderen een zorgplicht toe naar hun ouders. Bestuurders en hun stakeholders zien ouderen echter als hulpbehoevend en afhankelijk van hun zorg en ondersteuning. Op hun beurt voelen bestuurders zich afhankelijk van de overheid en de (wettelijke) veranderingen die zij doorvoert. De relaties tussen de overheid, de bestuurders en de ouderen is in die zin nog traditioneel van aard en nauwelijks veranderd. Studies hebben aangegeven dat deze traditionele benadering contraproductief is en dat een benadering waarin zorgprofessionals en cliënten actief betrokken worden als co-partners in het zorgproces, de kwaliteit van de zorg met bijbehorende verantwoordelijkheden vergroot (Baur 2011b, Janssen et al. 2012a; Visse et al 2011). Dit vergt een benadering van verantwoordelijkheden die verder gaat dan het opvolgen van contractuele verplichtingen en verantwoorde-lijkheden includeert die gegrond zijn in relaties (Holstein et al. 2011; Janssen et al. 2012b).

Onze bevindingen laten zien dat de overheid wel andere verwachtingen van bestuurders en ouderen heeft, maar dat deze in de praktijk nog niet geleid hebben tot fundamentele veranderingen in onderlinge verhoudingen. De casus over de huishoudelijke ondersteuning voor thuiswonende ouderen (zie hoofdstuk 4) en de casus van de 24-uurs zorg in rurale gebieden (zie hoofdstuk 2) hebben geïllustreerd dat bestuurders de door de overheid verwachte veranderingen in de ouderenzorg onderschrijven. Bestuurders zijn het erover eens dat het langer thuis kunnen blijven wonen voor ouderen waardevol is. Maar de casus laat ook zien dat het onderschrijven van dit belang niet automatisch leidt tot invulling van de zorgbehoeften van thuiswonende ouderen. Door

versnipperde en tussen stakeholders gefragmenteerde verantwoordelijkheids-toedelingen - zoals in de door ons onderzochte casussen - de zorg voor ouderen die ver weg en op moeilijk bereikbare plaatsen wonen, onbeantwoord (zie hoofdstuk 4). De toedelingen van verantwoordelijkheden zijn niet voortgekomen uit de vraag: "bij wie leven welke zorgbehoeften en hoe en door wie kunnen die beantwoord worden?". Door Schwandt en Burgeon (2006) worden deze vragen bij uitstek gezien als vragen die de morele dimensie van verantwoordelijkheden voeden (Schwandt & Burgeon 2006). In de praktijk hebben we echter gezien dat verantwoordelijkheden vaker een invulling krijgen op basis van zakelijke waarden en waarden die uit het zorgsysteem voortkomen, dan op basis van zorginhoudelijke waarden zoals bedoeld door Schwandt en Burgeon. Daarbij is sprake van een paradoxale spanning. De overheid heeft verwachtingen van maatschappelijke partijen om zelfstandig verantwoord ondernemerschap te tonen, terwijl tegelijkertijd diezelfde overheid dwingend stuurt en controleert. Dat blijkt uit de literatuur (Brandsen, Donk van de & Putters 2005; Putters 2009), en uit onze bevindingen. Eenzijdige toedeling van verantwoordelijkheden door de overheid aan personen, zoals aan bestuurders aan ouderen, staat het kunnen heroriënteren op de eigen rol en taken in de weg. En pas als de bijbehorende gedragsverandering tot stand is gekomen, leiden het toedelen en accepteren van verantwoordelijkheden tot goede zorg (Tronto 1993).

Wij constateren dat de traditionele verhoudingen tussen overheid, bestuurders en ouderen en de eenzijdige opgelegde verwachtingen die de overheid van bestuurders en ouderen heeft, bestuurders belemmeren in het met andere stakeholders komen tot verantwoordelijkheids-toedelingen op basis van de in hun lokale context aanwezige zorgbehoeften.

7.3.2 Waarden: Diversiteit in betekenissen van zorgzaamheid

Bestuurders worstelen met het vormgeven van hun lokale activiteiten omdat zij te maken hebben met een ambigue context die het hun moeilijk maakt te bepalen wat goed handelen is. 'Zorg als recht' is door de overheid veranderd in 'zorg als het niet anders kan'. Gangbare waarden en normen gelden niet meer en over waar waarde aan gehecht wordt of zou moeten worden, lopen de perspectieven van bestuurders en andere stakeholders uiteen. Dit bemoeilijkt het bestuurders om morele afwegingen te maken. Tevens hebben gebeurtenissen invloed op het vinden van balans in hun morele afwegingen (zie hoofdstuk 2 en 3). Het zich meervoudig, multi-vocaal en temporeel voordoen van de morele werkelijkheid wordt in literatuur aangegeven als kenmerkend voor contexten die in transitie zijn (Noordegraaf & Abma 2003). De diversiteit in morele perspectieven die de verschillende stakeholders hebben en die mede ontstaan zijn door de veranderingen in de ouderenzorg, maakt het toewijzen van verantwoordelijkheden voor bestuurders lastig en noodzaakt hen bij voortduring om morele afwegingen te maken over wat ertoe doet, waar zij zich verantwoordelijk voor voelen of zouden moeten voelen en hoe te handelen.

Deze zoekprocessen hebben zich laten zien als processen vol met spanning en conflict. Waarden raken in onbalans en om te voorkomen dat activiteiten in impasses raken, moeten de bestuurders de balans zien te herstellen. Dit heeft tot gevolg dat hun lokale opgaven soms wel en soms niet gerealiseerd worden (zie hoofdstuk 2). De bestuurders slagen er niet altijd in om hun opgaven te realiseren zoals zij dit graag zouden willen. Zij worstelen met conflicten tussen de voor hen van oudsher vertrouwde zorginhoudelijke waarden en de door het systeem opgelegde waarden die met de verwachtingen samenhangen dat zij zakelijk en ondernemend optreden. Bestuurders geven zakelijke waarden niet zelden voorrang op de zorginhoudelijke waarden, terwijl zij die eigenlijk zoveel mogelijk overeind willen houden. Illustratief hiervoor is het bestuurlijke besluit om te stoppen met de onrendabele ondersteuning voor thuiswonende ouderen (hoofdstuk 4).

Walker (1998) ziet de morele zorghouding van betrokkenen als belangrijk fundament voor het vormgeven van verantwoordelijkheden binnen een relationeel complex met morele zienswijzen van anderen. Het is de basis van waaruit mensen relaties aangaan en zorgzaamheid tonen door zich verantwoordelijk te voelen voor anderen en dit in hun handelen tot uitdrukking brengen. De samenleving als geheel vraagt om een zorgzaamheid waarbij iedereen gehoor en invulling kan geven aan zijn morele zorghouding (Baart & Heijst van 2003; Heijst van 2005; Verkerk & Widdershoven 2005). Een belangrijke notie daarbij is dat moreel besef en een gevoel voor iemand of iets verantwoordelijk te zijn, niet op voorhand aanwezig zijn, maar in de praktijk ontstaan en verder gaan dan aandacht geven aan regels, criteria en principes (Schwandt & Burgeon 2005). Dit geldt ook voor bestuurders die met anderen in de praktijk tot moreel besef moeten zien te komen over wat te doen en hoe te handelen. Het gelijktijdig aan de verwachtingen voldoen, zoals die van de overheid en van de sociale omgeving en de maatschappij, wordt ook door andere wetenschappers gezien als kenmerkend voor verantwoord besturen en ondernemend leiderschap (Freeman & Auster 2011; Pless 2007). Hierin spelen waarden die per wet zijn opgelegd, waarden uit de eigen sociale context, en morele waarden van de persoon in kwestie een rol (Hemingway & MacLagan 2004). Leiders, zoals bestuurders in de zorg, hebben de uitdaging om zowel verantwoord als effectief in hun werk te zijn waarbij de maatschappij van hen verwacht dat zij op een onbaatzuchtige manier zorg dragen voor de belangen van anderen (Ciulla 2009). De verhalen illustreren de morele worstelingen van bestuurders en geven aan dat het in balans brengen van zakelijke en morele waarden bemoeilijkt wordt door hun meervoudige en multivocale morele werkelijkheden, met als gevolg stagnatie van de realisatie van de diverse door hen opgestarte ontwikkelingen. In het concept van verantwoord leiderschap worden zakelijke en ethische waarden niet als gescheiden en met elkaar in concurrentie beschouwd, maar juist als met elkaar verweven (Freeman & Auster 2011).

De verhalen van de bestuurders en van hun stakeholders hebben geïllustreerd dat in de voor hen veranderende context het moeilijk is om diverse waarden met elkaar in balans te brengen. Jarenlang hebben de bestuurders hun traditionele intramurale zorg vormgegeven op basis van de maatschappelijk gedeelde waarde; recht op zorg als je die nodig hebt. Nu, met het veranderde overheidsbeleid in de ouderenzorg en in een meer geïndividualiseerde maatschappij, zijn waarden als zorgzaamheid onderhevig aan van elkaar verschillende opvattingen en interpretaties. In de transitie van het zorgsysteem gaat de overheid niet meer uit van recht op zorg, maar van zorg als het niet anders kan. En naar aanleiding daarvan hebben zij andere verwachtingen van mensen, zoals van bestuurders en burgers. De overheid verwacht dat ouderen langer zelfredzaam zijn en verwacht dat familieleden ouderen ondersteunen als zij het niet meer alleen kunnen. In de maatschappij zelf hebben mensen bij het begrip zorgzaamheid zo hun eigen verwachtingen. De bevindingen laten zien dat de diverse stakeholders, zoals bijvoorbeeld de vertegenwoordigers van ouderen, de gemeente, maar ook de bestuurders en divisie managers van een zorgorganisatie, hun eigen morele perspectieven hebben op wat zorgzaamheid voor hen in de eigen lokale context betekent. Zorgzaamheid betekent voor deze stakeholders ook zorgen dat medewerkers hun baan niet verliezen, vrijwilligers niet te zwaar belast worden, of zorgprofessionals niet geëxploiteerd. De narratieven van de stakeholders illustreren hun persoonlijk perspectief op wat waarden als zorgzaamheid, solidariteit en individualiteit nu, in hun dagelijkse context en op basis van hun eigen ervaringen, voor hen betekenen. Zo hebben stakeholders van elkaar verschillende morele zienswijzen op wat een ontwikkeling als een Grand Café in de praktijk betekent; de één vindt het een Grand Café, de ander een Kroeg (zie hoofdstuk 6). En zo vinden sommige bestuurders dat door cliënten bij te laten betalen voor extra's, zoals om hun appartement schoon te laten maken, recht gedaan wordt aan de individuele wensen van ouderen, terwijl andere bestuurders dit vanuit het oogpunt van solidariteit met mensen die zich dat niet kunnen veroorloven juist niet wenselijk vinden. Wat deze waarden in de praktijk betekenen is geen vast gegeven maar kan van persoon tot persoon verschillen. Door veranderingen in een situatie, zoals het ontstaan van een exploitatietekort, kunnen mensen zich op hun zienswijze heroriënteren en een situatie anders gaan waarderen. Dit heeft de casus van de financiële verliezen op de ondersteuning van ouderen in moeilijk bereikbare gebieden geïllustreerd (zie hoofdstuk 4). In de loop van de tijd, als blijkt dat ondersteuning van deze groep thuiswonende ouderen onrendabel is, verandert bij de betrokkenen hun kijk op de morele dimensie ervan. Niet alleen bij de bestuurder in kwestie gebeurt dit, bijvoorbeeld wanneer hij de zakelijke waarde van het financieel gezond houden van zijn organisatie laat prevaleren boven zijn oorspronkelijke waarde van zorgzaamheid voor deze groep, maar ook bij in de casus betrokken stakeholders. Hielden de stakeholders aanvankelijk de bestuurders verantwoordelijk voor deze ondersteuning, nu het onrendabel blijkt, verwachten zij een verantwoordelijkheid van de gemeente, ouderen en familieleden.

De veranderingen in de ouderenzorg vragen van bestuurders reflectie op fundamentele waarden als individualiteit, rechtvaardigheid en solidariteit en hoe deze in hun lokale context en voor hun activiteiten af te wegen door rekenschap af te leggen over wat die waarden betekenen voor diverse stakeholdersgroepen als ouderen in het verpleeghuis, thuiswonende ouderen, vrijwilligers, medewerkers, zorgprofessionals of wijkbewoners. Eerder zijn het verschillen dan gelijkheid, en diversiteit dan overeenkomst, die kenmerkend zijn voor de morele werkelijkheid waarin een weg naar goede zorg gevonden moet worden.

7.3.3 Identiteit: Authenticiteit is niet genoeg

Het in balans komen van hun verantwoordelijkheidsopvattingen met de werkelijkheid om hen heen is voor bestuurders niet eenvoudig. De bevindingen hebben bij bestuurders spanningen en dilemma's laten zien die te maken hebben met spanningen tussen waarden en verwachtingen van zichzelf (hoofdstuk 2 en 3), de diversiteit in morele perspectieven van de verschillende stakeholders en door de onbalans die dit met zich meebrengt voor het eigen morele perspectief (hoofdstuk 3 en 4) en voor de verschillende normatieve visies en overwegingen die bestuurders en andere stakeholders hebben bij ontwikkelingen in de ouderenzorg (hoofdstuk 5 en 6). Vanuit de veelal abstract geduide begrippen als zorgzaamheid of solidariteit gaat geen sturing uit die hen helpt een goed besluit te nemen. Bestuurders ondervinden morele dilemma's bij het zoeken naar wegen in de meervoudige morele context waarin zij besluiten moeten nemen. Hieraan, zo hebben de bevindingen laten zien, liggen conflicterende waarden en verwachtingen ten grondslag die zich niet eenvoudig laten oplossen met een goed of fout besluit. Lurie en Albin (2007) constateren soortgelijke dilemma's en leggen hierbij een relatie met hoe verantwoord leiderschap vorm gegeven zou moeten worden (Lurie & Albin 2007). Verantwoord leiderschap wordt hierbij niet gezien als een persoonlijk streven maar als een sociaal relationeel en ethisch fenomeen, voortgekomen uit sociale processen van interactie tussen een leider en zijn in- en externe stakeholders (Maak & Pless 2006). Bij deze visie op verantwoord leiderschap wordt, evenals door wat wij voorstaan op basis van onze bevindingen, de normatieve praktijk als uitgangspunt gezien bij het zoeken naar praktische antwoorden op problemen die zich in de specifieke context voordoen (Musschenga 2005). Morele verantwoordelijkheid wint hierbij aan betekenis door herkenning en erkenning van behoeften van anderen (Fisscher, Nijhof & Steensma 2003). De morele zorghouding van de bestuurder, zoals wij die in onze studie hebben leren kennen, vormt wel een beginpunt van verantwoord leiderschap, maar is allerm minst het eindpunt als bestuurders recht willen kunnen doen aan de verwachtingen van zowel de overheid als de maatschappij (Hemingway & MacLagan 2004). Authenticiteit van de bestuurder en zijn persoonlijke proces om de waarden waaraan hij hecht in balans te brengen, zijn niet genoeg om

moreel verantwoord te kunnen besturen omdat dit geen recht doet aan waarden waaraan andere stakeholders hechten.

Het als uitgangspunt nemen van de normatieve praktijk wordt gezien als oplossing voor het omgaan met een veelheid aan waarden die in een dergelijke ambigue context niet vanzelf conflictloos en in lijn met elkaar liggen (Cunliffe 2008; Noordegraaf & Abma 2003). Deze notie, dat verantwoordelijkheden niet voortkomen uit juridische wetten en regels, maar verbonden zijn met de persoon en zijn relatie met zijn omgeving, sluit aan bij Walkers zorgethische relationele benadering van verantwoordelijkheden (Walker 1998). Het komen tot een verantwoorde verantwoordelijkheidopvatting kan dan niet meer gezien worden als een individuele exercitie, maar moet gezien worden als een streven om door interactie met de relationele omgeving tot balans tussen waarden te komen (Ohnsorge & Widdershoven 2011). Daarbij wordt vanuit de empirische ethiek aangedragen dat moraliteit niet tot stand kan komen door theorieën of (bestuurs)modellen, maar in de praktijk zelf relationeel vormgegeven wordt (Widdershoven 2000). Dit vraagt niet alleen van bestuurders een besef van wederzijdse afhankelijkheid van hun stakeholders maar ook een bereidheid om open te staan voor zowel hun zienswijzen alsook op reflectie van het eigen perspectief (Abma, Molewijk & Widdershoven 2009). Het sensitief zijn voor de omgeving en het in balans brengen van dat wat er voor allerlei betrokkenen toe doet, is de uitdaging waarvoor bestuurders staan.

7.4 Verbetering van de zorgpraktijk door constructivistische processen

Bij de bestudering van dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden (hoofdstuk 5 en 6) is naar voren gekomen dat een dialogisch proces het vermogen heeft om van elkaar verschillende morele perspectieven te laten versmelten en een gezamenlijk inzicht te laten ontstaan over wat een besluit over een moreel dilemma betekent voor diverse stakeholdersgroepen. Aan de hand van literatuur bekijken wij in deze paragraaf welke processen voor bestuurders ondersteunend kunnen zijn bij het vinden van de balans tussen morele zienswijzen alsook bij het toedelen van verantwoordelijkheden.

7.4.1 Relationeel moreel-constructivistisch leiderschap

Gestructureerd delibereren ondersteunt het herkennen en erkennen van morele behoeften van anderen en het verbreden van het eigen perspectief door deze aan de perspectieven van andere te relateren, zo hebben de dialogische processen in de beide MB's naar voren gebracht (zie hoofdstukken 5 en 6). De hieraan ten grondslag liggende hermeneutische filosofie is dat moreel begrijpen in de praktijk start en relationeel in lerende processen tot stand komt (Abma, Molewijk & Widdershoven 2009; Gadamer 1960; Widdershoven & Abma 2007). Ohnsorge & Widdershoven (2011) wijzen erop dat als vanuit een klassiek

ethisch perspectief mensen worden beschouwd als onafhankelijk en rationeel, dit hen niet helpt bij het kunnen komen tot hernieuwde moreel verantwoorde opvattingen en bijbehorend handelen. Om tot moreel verantwoorde opvattingen te kunnen komen, is een epistemologische zienswijze nodig waarin mensen, relationeel en verbonden aan de eigen omgeving, in dialoog met elkaar komen tot een gedeeld begrip van hun situatie (Ohnsorge & Widdershoven 2011). Actuele dilemma's stonden in beide MB's centraal om dat wat er werkelijk speelt in de praktijk moreel te kunnen begrijpen. Verhalen over ervaringen met en uit de praktijk maakten de morele dimensies zichtbaar en voelbaar. Dergelijke ervaringskennis kan niet anders gegenereerd worden, omdat deze aan de werkelijke beleving van mensen gerelateerd is; bekend als interpretatieve of hermeneutische kennis (Gadamer 1960). Een dergelijke deliberatieve benadering van kennisgaring zien wij, door het vermogen ervaringskennis naar voren te brengen, als een waardevolle aanvulling op de visie op een relationele benadering van verantwoord leiderschap. Niet alleen omdat hermeneutische benaderingen in leiderschap verbetering tot stand kan brengen in het eigen moreel besef, maar ook omdat het door een relationele verbinding aan de praktijk een directe verbetering van deze praktijk tot stand kan brengen (Widdershoven, Molewijk & Abma 2009).

In tegenstelling tot het eenzijdig toewijzen van verantwoordelijkheden, zoals de overheid deze in de vorm van rechten en plichten heeft toebedeeld aan ouderen, familieleden en bestuurders, kan - zo beargumenteert Tronto (1993) - een relationele kijk op zorg bijdragen aan een moraliteit die zijn basis kent in de gemeenschap. Tronto beschrijft dat wat wij onder zorg verstaan, gefragmenteerd, incompleet en niet geïntegreerd benaderd wordt. Onze bevindingen hebben geïllustreerd dat dit in de casus van de huishoudelijke ondersteuning (hoofdstuk 4) in de praktijk gebeurt en leidt tot gefragmenteerde toedelingen en incomplete acceptatie van verantwoordelijkheden waardoor de behoeften van ouderen uiteindelijk onbeantwoord bleven. Tronto wijst op het nemen van de behoeften als startpunt en ziet verantwoordelijkheid verbonden aan het identificeren van deze behoeften en het bepalen hoe hierop te antwoorden (Tronto 1993). In lijn hiermee wordt gesteld dat de overheid, noch de bestuurders of leiders van andere bij de zorg betrokken partijen het primaat hebben in de bepaling van leidende waarden, maar dat deze uit de gemeenschap naar voren zouden moeten komen (Manschot & Verkerk 1994). Uit bestudering van de casus van de ondersteuning aan thuiswonende ouderen is gebleken dat de waarden van de thuiswonende ouderen, noch van hun familieleden een leidende rol hebben gehad in het onderhandelingsproces over de verdeling van verantwoordelijkheden (zie hoofdstuk 4). Een andere verhouding dan die in de praktijk nog traditioneel aanwezig is, is nodig tussen overheid, zorgaanbieders en ouderen. De als dominant ervaren institutionele werkelijkheid geeft weinig ruimte aan morele, relationele werkelijkheidsconstructies waarbij zorg in de eerste plaats begrepen wordt als een relationele praktijk die onvoldoende tot zijn recht komt binnen contractuele modellen

(Verkerk 1994). Het vraagt om een opvatting van zorg die niet gezien wordt als een vertaling van behoeften in rechten en plichten maar als een intentionele verantwoordelijkheid van een ieder om voortdurend bezig te zijn met de vraag ‘wat moet ik doen, voor wie en met wie?’. De kwaliteit van de onderlinge relaties wordt hierbij van essentieel belang geacht en gezien als één die mede vorm geeft aan de vraag ‘voor wie en in welke mate’ iemand zich verantwoordelijk voelt (Abma & Widdershoven 2008).

De dialogen uit deMB's (hoofdstuk 5 en 6) hebben ons het inzicht gegeven dat niet aan alle waarden recht gedaan kan worden; in de praktijk is het een zoeken naar een gedeeld beeld over aan welke waarden wel en aan welke waarden niet tegemoet gekomen kan worden. French, Hasslein en Es, (2002) hebben aangegeven dat het onderling met stakeholders delen van waarden op zich nog geen voorspeller is van succesvolle onderhandelingsprocessen. Net als Walker (1998) zien zij constructivistische processen recht doen aan de pluriforme wereld van behoeften aan zorg. Constructivistische leiderschapsstijlen zijn gebaseerd op een besef dat morele werkelijkheden in onderlinge relatie geconstrueerd worden. Een dergelijke visie op leiderschap beantwoordt aan de door onze studie naar voren gebrachte notie dat de meervoudige en ambigue normatieve bestuurspraktijk van bestuurders het vermogen vraagt om tot deliberatieve processen vorm te geven. In deze processen staat het genereren en delen van (ervarings-)kennis over welke behoeften er in de praktijk leven en wie, op welke manier en met wie, deze behoeften kan beantwoorden. Door een construerende leiderschapsstijl te hanteren, ontstaat een fundamentele verschuiving van besturen op basis van het eigen morele perspectief naar een systeem van gemeenschappelijke coöperatie, waarbij daaraan gerelateerde personen anticiperen op wat anderen behoeven, en op basis daarvan eigen verantwoordelijkheden formuleren en accepteren (French, Hasslein & Es 2002). Deze vorm van leiderschap doet door het relationele en constructivistische karakter recht aan wat Margret Walker (1998) in haar zorgethische visie verstaat onder zorg als verantwoordelijkheidspraktijk. In die zin vraagt dit dan ook niet alleen om een andere leiderschapsstijl maar om een totale cultuurverandering waarin behoeften van mensen leidend zijn en waarin sprake is van wederkerige relaties tussen het geven en ontvangen van zorg (Tronto 1993). Dit verlangt het ondersteunen van cliënten bij het naar voren brengen van wat zij belangrijk vinden en waar zij waarde aan hechten. Ouderen zijn stakeholders van wie de stem doorgaans niet gehoord wordt en gemakkelijk gedomineerd kan worden (Gilroy 2003). Het naar voren brengen van het perspectief van ouderen vraagt daarom speciale aandacht. Bereidheid is nodig om naar hun verhalen te luisteren en waarbij onderkend wordt dat dit bronnen van kennis zijn (Rappaport 1995; Scott et al. 2003). Van bestuurders vraagt dit een vermogen om zichzelf door de ogen van anderen te zien en de flexibiliteit om te leren (Gilroy 2003) en het aangaan van verantwoordelijkheden die verder gaan dan wat men verplicht is te doen op basis van formele procedures (Visse et al. 2011).

7.4.2 Bestuurders als morele dragers van de verandering

Recht doen aan een praktijkverbonden moraliteit, zo stelt Peredo (2006), vraagt om ondernemerschap die op de lokale gemeenschap georiënteerd is en waar collectieve en individuele (zorg)behoeften leidend zijn en naar boven komen door inkluderende processen. Ondernemerschap, gegrond in de lokale gemeenschap, wordt gezien als effectief in het integraal recht doen aan de daar levende behoeften en het integraal benutten van sociale capaciteit zonder dat dit los komt van economische overwegingen (Peredo & Chrisman 2006). Een dergelijk sociaal ondernemerschap wordt door Peredo niet toegedicht aan één persoon maar ziet zij als een collectieve verantwoordelijkheid en collectief handelen. In haar benadering wordt onder deze vorm van ondernemerschap verstaan een groepsresultaat van individuen die zich ten doel gesteld hebben om waarde aan de gemeenschap toe te voegen.

De kracht van sociaal ondernemerschap wordt gezien in het gezamenlijke vermogen om mogelijkheden te zien en te benutten en om die waarden te creëren waaraan maatschappelijk behoefte is. Sociaal ondernemers worden gezien als ondernemers die bereid zijn om risico's te nemen en innovatief te zijn en niet afgeschrikt worden om deze maatschappelijke waarde met schaarse middelen te creëren (Peredo & McLean 2006). In onze studie hebben de narratieven van de bestuurders laten zien dat de bestuurders ondernemerschap tonen en initiatief zijn, maar tegelijkertijd worstelen met het vinden van een balans in waarden die ertoe doen. Zij zoeken naar hoe zij hun morele verantwoordelijkheid invulling moeten geven en bij kunnen dragen aan hun maatschappelijke opgaven. Morele verantwoordelijkheid vraagt van bestuurders meer dan balans brengen in waarden. Het vraagt van hen om signalering van de behoeften die spelen in de lokale gemeenschap en het faciliteren van processen naar democratische weging van waarden die er voor betrokkenen toe doen, om op basis daarvan te komen tot een gezamenlijk proces van verantwoordelijkheids-toedelingen (Fisscher, Nijhof & Steensma 2003). Wie er bij deze processen betrokken moeten worden, is een wezenlijke vraag (Abma, Nierse & Widdershoven 2009). Onze bevindingen hebben laten zien dat het werkelijk tot uitgangspunt nemen van de morele werkelijkheid en het recht doen aan ervaringskennis uit de praktijk inclusie van perspectieven vergt van alle stakeholders wier belangen op het spel staan, zoals die van de ouderen en hun familieleden maar ook de perspectieven van zorgprofessionals. Dit vraagt speciale aandacht voor en communicatie met de vertegenwoordiging van ouderen, zoals bijvoorbeeld de cliëntenraad (Baur 2011a). Karpowitz (2009) spreekt van 'enclave deliberation' om diegenen, wier stem ongehoord dreigt te blijven, te ondersteunen in het individueel en gezamenlijk inbrengen van hun perspectief. Karpowitz (2009) ziet hen het best ondersteund door in deliberatieve processen homogene bijeenkomsten te houden, om hun stem in een open en veilige sfeer naar voren te laten brengen. Enclave deliberatie is waardevol gebleken voor het ontwikkelen van persoonlijke verhalen tot een politieke stem (Nierse & Abma 2011).

Balans in onderlinge machtsrelaties is een belangrijke voorwaarde om tot openhartige deling te komen van dat wat er werkelijk toe doet (Abma & Widdershoven 2008). Dit pleit voor betrokkenheid van stakeholders die doorgaans de minste invloed hebben maar tegelijkertijd een schat aan ervaringskennis hebben, zoals burgers en cliënten (Abma, Nierse & Widdershoven 2009). Stakeholders die er vanuit de institutionele macht en urgentie toe doen, zijn echter ook relevant (Mitchell 1997). Dominante stakeholders vertegenwoordigen de traditionele waarden, die karakteristiek zijn voor de veelal nog aanwezige praktijk, en zijn daarom even relevant om in de processen in te brengen (Widdershoven 2001). Zeker gezien de nog in de praktijk aanwezige traditionele verhoudingen, vraagt dit van bestuurders specifiek alert te zijn op gebalanceerde deliberatieve inbreng van zowel de stakeholders die dreigen geëxcludeerd te worden, alsmede de traditioneel aan hen verbonden stakeholders. Wanneer verschillende stakeholders betrokken zijn en er sprake is van een machtonbalans tussen hen, is het risico aanwezig dat sommige stemmen niet gehoord worden. Participatieve inbreng van alle groepen vraagt meer dan alleen maar deelname en vergt extra zorg om de verhalen van betrokkenen op tafel te krijgen. Het vraagt van alle betrokkenen de wil om macht en controle los te laten en te willen delen. (Koch 2000). Verhalen vertellen in kleinschalige bijeenkomsten helpt deelnemers om over drempels te stappen en hun zienswijze naar voren te brengen (Ryfe 2005).

Bestuurders zijn mede morele dragers van de verandering. Dit vraagt om leiderschap, niet als entiteit, maar beschouwd als een leiderschapscultuur die zich baseert op een structuur van relationele processen waarin waarde aan de maatschappij wordt toegevoegd, voortgekomen uit dialogische processen met hen die het aangaat (Uhl-Bien 2006). Deze zienswijze sluit aan bij het beschouwen van zorg als resultante van een relationeel proces tussen betrokkenen waarin een ieder, in afstemming met de anderen, zich verantwoordelijk voelt voor een ander (Walker 1998). Het voorgaande pleit voor een actieve rol van bestuurders in de ouderenzorg om hun morele verantwoordelijkheid mede op te vatten als een verantwoordelijkheid voor het incorporeren van behoeften en waarden van alle betrokkenen in een democratische procesgang (Grit 2004). Hiervoor is een leiderschapscultuur nodig waarbij de focus ligt op het handelen dat nodig is om bij te dragen aan het structureren van de interacties en aan de kwaliteit van de relaties, in aanvulling op het in balans brengen van de eigen moraliteit (Uhl-Bien 2006).

7.4.3 Zorg als deliberatief democratisch proces

Niet alleen in de zorg voor ouderen, maar breder, is sprake van een door de overheid gewenste sociale verandering waarin eigen verantwoordelijkheid van de burger gestimuleerd wordt. Van burgers wordt verwacht dat zij meer voor zichzelf zorgen en dat zij de directe omgeving op eventuele hulp aanspreken. De overheid treedt niet alleen terug op het terrein van de ouderenzorg. De

overheid draagt in haar algemeenheid steeds meer verantwoordelijkheden over aan burgers en maatschappelijke partijen. Jeugdzorg, armoedebestrijding en de omslag in de Wet maatschappelijke ondersteuning, zijn domeinen waarin dit zich manifesteert. Transitie in beleid is echter nog geen getransformeerde werkelijkheid. Strikte scheiding tussen beleid en uitvoering versterkt de spanning tussen de normen die het systeem oplegt en de waarden uit de leefwereld van mensen (Raad voor het openbaar bestuur 2012). De verschuiving van de intramurale zorg naar ondersteuning aan thuiswonende ouderen maakt deze spanningen bijzonder zichtbaar (hoofdstuk 4). Kunneman (2007) stelt in zijn rapport over de transitie in de thuiszorg voor om de thuiszorg een voortrekkersrol te geven in bij de eigentijdse zoektocht naar adequate verbindingen tussen de systeemnormen en de leefwereldwaarden.

Om tot goede zorg te kunnen komen zijn gemeenschappelijke leerprocessen nodig. Het vraagt om processen waarin niet alleen bestuurders, maar alle betrokkenen onderhandelingsprocessen doorlopen waarin bij voortdurend de vragen ‘wat moet ik doen, voor wie, hoe en met wie?’ centraal staan (Waernes 2009; Tronto 1993; French & Weiss 2000). De beantwoording van deze vragen vindt zijn oorsprong in de behoeften die er leven. Dit beginpunt voor verantwoordelijkheids-toedelingen verschilt fundamenteel van wat onze bevindingen als motieven achter verantwoordelijkheids-toedelingen van bestuurders hebben laten zien. Niet de lokaal aanwezige zorgbehoeften zijn in de casussen leidend geweest in hun onderhandelingsprocessen over verantwoordelijkheden, maar eerder de verwachtingen die het systeem heeft opgelegd. Beantwoording van de toenemende zorgbehoeften vraagt samenwerking en coördinatie tussen maatschappelijke partijen om tot een samenspel van verantwoordelijkheden te kunnen komen die behoeften van ouderen beantwoorden. Net als wij, constateren ook Visse, Widdershoven en Abma (2011), op basis van hun studie naar de coördinatie van een netwerk van samenwerkende partijen, dat een adequate beantwoording van de behoeften van burgers uitblijft door onduidelijkheid tussen de partijen over wie wat zou moeten doen voor wie en met wie (Visse, Widdershoven & Abma 2011). Visse, Widdershoven en Abma (2011) concluderen dat het antwoord op een betere coördinatie tussen partijen niet gevonden kan worden door rationalisering, maar dat oplossingen eerder gezocht moeten worden in een relationele en hermeneutische benadering.

Het in interactie met elkaar delen van waarden vraagt een relationele cultuur als de basis om tot gedeeld begrip te kunnen komen (French, Hasslein & Es 2002). Hierbij is niet alleen het leren kennen van elkaars waarden en het gezamenlijk conceptualiseren van bijbehorende problematiek van belang, maar ook het transformeren van het begrip om te kunnen komen tot een gezamenlijk beeld over de meest passende oplossing; dit is een essentiële stap die specifieke communicatie vergt en vaak overgeslagen wordt (French, Hasslein & Es 2002). Interactie tussen de deelnemers aan de MB's (hoofdstuk 5 en 6) heeft geholpen om elkaar beter te begrijpen en tot een nieuw moreel begrip

van de situatie te komen. Deliberatieve communicatieprocessen ondersteunen constructies van getransformeerde werkelijkheden en helpen hernieuwd begrijpen (Dalen van 2012; Stewart & Zediker 2000). Het serieus nemen van transitie in maatschappelijke vraagstukken vraagt om interactie in brede zin, die te verstaan is als inkluderende deliberatieve processen, waarbij telkens de normatieve werkelijkheid als basis dient. Sociaal geconstrueerde processen kunnen op een niet hiërarchische manier recht doen aan de bestaande diversiteit in perspectieven, die als even waardevol en even gelijkwaardig benaderd worden (Hosking 2004). Verhalen, zo hebben ook onze bevindingen laten zien, helpen om met verandering om te gaan, door het vermogen dat verhalen hebben om duiding te geven aan een veranderende situatie, om de normativiteit die ze herbergen en om het construerende vermogen dat ze hebben om met elkaar tot nieuw besef over besluiten en acties te komen (Bevir 2011; Boje 1995; Dalen van 2012). In navolging hiervan zou de effectiviteit van bestuurders in de zorg toe kunnen nemen door training in het aanwenden van 'storytelling' waarin het bepalen van wie wat vertelt, wanneer, en aan wie, belangrijk is voor de invulling van de relationele en morele dimensies van hun leiderschap (Abma 2003; Boje 1991). Hoe dit in de praktijk zo vorm gegeven moet worden, zodat de verhalen een verbindend vermogen ontwikkelen op basis waarop verbonden verantwoordelijkheids-toedelingen en handelen kunnen ontstaan, verdient nadere studie.

Een hermeneutische benadering van transities wordt door Fawkes (2012) mede als waardevol gezien voor het borgen van de kwaliteit van onderlinge relaties en gezien als noodzakelijk voor het herstel van vertrouwen van burgers in publieke ontwikkelingen. Eenzijdige opgelegde verwachtingen van de overheid, in combinatie met regels en controle, zo hebben onze bevindingen op het terrein van de ouderenzorg laten zien, dragen niet bij aan vertrouwen, maar worden paradoxaal beleefd. Een recente studie van de ombudsman brengt naar voren dat ook burgers het niet altijd eenduidig vinden wat de overheid van hen verwacht (De Nationale Ombudsman 2013). Monologisch gerichte communicatie, waarin opgelegd wordt wat van anderen verwacht wordt, is een oplossing waar vaak naar gegrepen wordt (Fawkes 2012). Het opleggen van verantwoordelijkheden en het daarmee verbonden monologisch communiceren draagt echter niet bij aan het veranderen van mensen en hun perspectieven op hun eigen verantwoordelijkheid en die van een ander (Friedman 2011; Ohnsorge & Widdershoven 2011; Sullivan, Barnes & Matka 2002). De oplossing gaat eerder schuil in het serieus nemen van wat er werkelijk leeft en het aangaan van de relationele verbintenissen (Sullivan, Barnes & Matka 2002). De verbinding met de samenleving moet weer hersteld worden in de wetenschap dat deze meervoudig is en dat het betrekken van belanghebbenden een plek moet krijgen in andere manieren van werken (Steen et al. 2013; ROB 2012). Het achterhalen van de meervoudige normatieve werkelijkheid vraagt een sensitiviteit voor perspectieven van anderen. Luisteren naar verhalen is hierbij een belangrijke communicatieve competentie, als

startpunt voor het leren wat er werkelijk speelt en het begin van reflectie op de eigen morele dimensie in de verantwoordelijkheidsopvatting (Rappaport 1995). Communicatie krijgt hierdoor een andere rol dan zoals doorgaans aangewend wordt in bestuurlijke (overheids)contexten. In plaats van het uitdragen van welke gedragverandering (en verantwoordelijkheidsopvatting) van mensen verwacht wordt, zou de communicatie een deliberatief karakter moeten kennen en moeten starten in de maatschappij met luisteren, begrijpen, interpreteren en herbegrijpen in een voortdurend dialogisch en inkluderend proces (Gilroy 2003; Woerkum van & Aarts 2008).

De uitdaging waarvoor bestuurders van zorgorganisaties, maar even zo goed gemeenten, zorgfinanciers, welzijnsorganisaties en alle andere in de zorg betrokken partijen staan, is om met elkaar te komen tot inkluderende deliberatieve democratische processen op basis waarvan verantwoordelijkheden verdeeld en aangegaan worden. Hun gezamenlijke ondernemerschap zou niet op het economische maar op het sociale beoordeeld moeten worden en de mate waarin zij in staat zijn maatschappelijke waarde te creëren (Schulz et al. 2013). De transitie in de zorg vraagt om reallocatie van verantwoordelijkheden en daarmee reallocatie van de politiek naar het publieke domein. Zorg is meer dan ooit een onderwerp geworden van politieke onderhandeling en besluitvorming en dit vraagt om integratie van zorgethiek in de politieke arena (Waerness 2009). Lokale democratie vraagt om aandacht voor de bijdrage en de kwaliteit van dialogische processen en voor het weg bewegen van monologische verantwoordelijkheids-toedelingen (Karpowitz et al. 2009). De ethiek in de zorg zou leidend moeten zijn, maar is tegelijkertijd veeleisend in hoe de zorg voor de meest kwetsbaren praktisch vorm gegeven zou moeten worden (Waerness 2009). Deliberatieve democratische praktijken om tot gedeeld moreel begrip te komen zijn niet eenvoudig en kennen geen eenduidige procesgang. Het responsieve karakter van deliberatieve processen maakt dat het verloop en de uitkomst zich niet van tevoren laten voorspellen of in haalbare doelen laten vaststellen (Abma 2005; Noordegraaf & Abma 2003). Vroegtijdige betrokkenheid van alle partijen ondersteunt de procesgang, zodat mede-eigenaarschap van het probleem gestimuleerd wordt (Bruijn de et al. 2003). Verdere empirische studie naar wat deliberatieve democratische processen vragen aan relationeel en construerend vermogen van bestuurders en van hun communicatie, alsook hoe deze te relateren aan het systeem van de overheid en hun beleidsvormende processen, is aan te bevelen om tot een verbetering van verantwoordelijkheids-toedelingen in de zorgpraktijk te kunnen komen.

7.5 Methodische reflectie

In deze paragraaf reflecteren wij op de door ons gehanteerde onderzoekbenadering. Wij geven aan wat de consequenties zijn van de keuze voor meerdere casussen, en de zorgethische benadering van het onderzoeksmateriaal voor de beantwoording van onze meervoudige

onderzoeksvraag. Bovendien gaan wij in op de door ons gehanteerde diverse methoden van dataverzameling en reflecteren wij op de geloofwaardigheid, betrouwbaarheid en overdraagbaarheid van het onderzoeksmateriaal en onze bevindingen.

7.5.1 Aanpak van het onderzoek

Aan de hand van actuele en relevante casussen voor bestuurders en hun stakeholders hebben wij de normatieve praktijk van bestuurders centraal kunnen zetten en kunnen achterhalen wat dit voor verantwoordelijkheids-toedelingen betekent. Wij hebben in een responsief proces ons inzicht in de morele dimensies van verantwoordelijkheids-toedelingen kunnen vergroten door bestuurders en andere stakeholders de mogelijkheid te geven om met hun verhalen uitdrukking te geven aan wat de transitie in de ouderenzorg voor hen betekent, alsook door het exploreren van hun perspectieven in bijeenkomsten met anderen. In onderlinge interactie is een proces tot stand gekomen waarin inzichten van de bestuurders en de andere stakeholders en tevens ons inzicht als onderzoekers vergroot, verdiept en verschoven is.

Wij hebben onze onderzoeksvraag onderzocht vanuit een zorgethische benadering, waarbij de theorie van Margret Walker behulpzaam is geweest bij het ontrafelen van de complexiteit die ten grondslag lag aan de morele dimensies van toedelingen van verantwoordelijkheden (Walker 1998). Het met behulp van haar theorie bestuderen van de narratieven van bestuurders en andere stakeholders heeft een aantal inzichten opgeleverd. Ten eerste zien we dat de transitie in de lokale situatie van de ouderenzorg wel wordt geaccepteerd, maar nog niet volledig tot uiting komt, doordat traditionele verhoudingen nog bestaan en zakelijke waarden en systeemwaarden domineren, waardoor zorginhoudelijke waarden veelal het onderspit delven. Ten tweede zien wij dat de praktijk vraagt om een heroriëntatie op fundamentele zorgwaarden op basis van verschil in plaats van op basis van gelijkheid. Ten derde hebben wij inzicht gekregen in het feit dat dialogische processen behulpzaam zijn bij het construeren van een nieuwe morele werkelijkheid met inachtneming van de bestaande morele diversiteit.

Wij zijn in onze studie uitgegaan van de ontologische en epistemologische notie, die Margret Walker in haar zorgethische theorie hanteert, dat mensen duiding geven aan hun wereld als een product van sociale interactie waarbij de aanname is dat mensen fundamenteel relationeel zijn en verhalen vertellen om uitdrukking te geven aan hun werkelijkheid. In het besef dat er niet één werkelijkheid is, maar dat er een diversiteit aan sociaal geconstrueerde werkelijkheden bestaan (Guba & Lincoln 1989), hebben wij de perspectieven op toedelingen van verantwoordelijkheden van bestuurders en van stakeholders verzameld aan de hand van individuele open interviews. In het besef dat dialoog mensen ondersteunt in het expliciteren van hun perspectief (Widdershoven, Abma & Molewijk 2009) hebben wij deze perspectieven tevens

verzameld met behulp van dialogen in de vorm van MB's. HetMB, opgezet als een homogene dialoog, heeft ons geholpen ons inzicht te vergroten in de diversiteit in morele zienswijzen en achterliggende motieven van een aantal bestuurders op een voorgelegde casus. HetMB, opgezet als een heterogene dialoog, heeft ons geholpen ons inzicht te vergroten in de diversiteit in morele zienswijzen en achterliggende motieven tussen een bestuurder en andere stakeholders. Tevens hebben beide groepsdialogen ertoe bijgedragen dat wij ons inzicht vergrootten in het hermeneutische vermogen van deliberatieve processen om het eigen perspectief te verdiepen, te verbreden en te verschuiven wanneer het eigen perspectief gerelateerd worden aan perspectieven van anderen.

De door ons gekozen responsieve benadering, is gestart met oriëntatie op ervaringen uit de praktijk. De daaruit voortgekomen casussen en morele dilemma's hebben ons geholpen om dat wat er werkelijk voor bestuurders en stakeholders toe doet en de morele dimensie van de statisch verdeelde en de dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden te achterhalen. Het relationele karakter van onze responsieve benadering heeft vorm gekregen met het bij de start van het onderzoek identificeren en betrekken van een zestal bestuurders. Met het verzamelen van hun narratieven is een proces op gang gekomen waarin kwesties naar boven kwamen die vanwege hun actualiteit en morele dimensies aanleiding waren om verder onderzocht te worden. Het vervolg van het proces heeft zich gericht op het verder verdiepen van ons inzicht in de diversiteit in en dynamiek tussen de perspectieven en in het hermeneutische vermogen van dialogische interactie om deelnemers hun inzichten te laten vergroten en te verschuiven. De responsieve manier van onderzoeken is hiervoor geschikt gebleken vanwege het vermogen om een diversiteit aan verschillende verwachtingen en opvattingen naar voren te laten komen en om te komen tot een proces van gezamenlijke morele constructie (Abma 2005; Stake 2004). Responsief onderzoek is een interactief sociaal constructief proces waar ook de onderzoekers zelf deel van uitmaken en kent specifieke toetsingscriteria (Guba & Lincoln 1989). Toetsing aan de werkelijke wereld is immers niet mogelijk omdat het om interpretaties van beleefde werkelijkheden gaat. De criteria die op dit soort onderzoek van toepassing zijn, zijn de geloofwaardigheid, betrouwbaarheid en overdraagbaarheid van het onderzoeksmateriaal naast een open en eerlijke procesgang.

Betrouwbaarheid heeft te maken met het plausibel zijn en het op data gebaseerd zijn van de bevindingen en de conclusies van het onderzoek. Om de betrouwbaarheid van de analyses te verhogen zijn de onderzoeksdata in eerste instantie geanalyseerd door de eerste onderzoekster, en separaat door een tweede onderzoekster, de zogenoemde 'interrator'. Vervolgens hebben zij hun bevindingen onderling bediscussieerd om de betrouwbaarheid van de analyse te verhogen. Ook zijn, om de betrouwbaarheid verder te verhogen, de data niet eenmalig maar gedurende het gehele onderzoek bij voortduring besproken in het onderzoeksteam. Ten aanzien van de MB's is de betrouwbaarheid

tevens verhoogd doordat er sprake is geweest van een dubbele hermeneutiek (Giddens 1998). De deelnemers hebben enerzijds hun eigen normatieve overwegingen geëxpliciteerd en in dialoog geïnterpreteerd. Anderzijds hebben de onderzoekers dit interpretatieproces gereconstrueerd en geanalyseerd. De uitspraken uit de interviews en de dialogen zijn onderling vergeleken om de betrouwbaarheid van uitspraken te verifiëren. Gebruik van een logboek en regelmatige reflectie op het eigen kader door dialoog met de andere auteurs over haar bevindingen, heeft de onderzoekster geholpen om het proces te volgen en bewust te zijn van haar rol daarin (Rolfe 2006).

Het criterium van geloofwaardigheid refereert aan de mate waarin de interpretatie van de onderzoekers correspondeert met de perspectieven van de deelnemers. De geloofwaardigheid van de bevindingen is verhoogd door gebruik te maken van de zogenoemde member-checks (Meadows & Morse 2001). Dit heeft ingehouden dat de analyses van de interviews en van de dialogen in de MB's aan de deelnemers van het onderzoek zijn voorgelegd. Hierbij is de vraag gesteld of zij zich in de analyses konden herkennen en of recht gedaan is aan hetgeen zij aan ons hebben willen overbrengen. Op alle member-checks is instemmend gereageerd. Tevens zijn de tijdens de dialogen naar voren gebrachte opvattingen en zienswijzen ter plekke getoetst door zichtbaar voor alle deelnemers deze te noteren en de juistheid van weergave te verifiëren. Om de geloofwaardigheid verder te verhogen, hebben wij triangulatie toegepast door verschillende databronnen (interviews en dialogen) en verschillende onderzoeksmethoden (inhoudsanalyses, narratieve en conversatie analyses) te hanteren. Hiermee is ons begrip van de perspectieven van de betrokkenen vergroot en de kans op bias, zoals over- of onderidentificatie, verkleind.

Onder de overdraagbaarheid van de bevindingen wordt verstaan het vermogen van de onderzoeker om de bevindingen zodanig aan de lezers te presenteren dat zij hierop kunnen reflecteren, alsook alles wat voor hen van toepassing is te transformeren naar de eigen situatie (Stake 2005). Wij hebben in dit onderzoek met name gestreefd naar deze overdraagbaarheid van onze bevindingen. Responsief onderzoek resulteert in context-gebonden kennis over specifieke en lokale situaties (Abma 2005). Deze kennis kan getransformeerd worden naar de context van de lezer als het rijke beschrijvingen bevat van ervaringen met en opvattingen over de bestudeerde onderwerpen (Geertz, 1973). De bevindingen van ons onderzoek zijn in navolging hiervan dan ook niet zozeer bedoeld voor generalistische conclusies maar eerder als reflectiemateriaal. Ons streven is juist geweest om de lokale situatie te begrijpen waarin moraliteit tot stand komt en op basis waarvan verantwoordelijkheden worden toegewezen: het begrijpen van het specifieke boven het generale (Abma & Stake 2001). Om de praktijk zoveel mogelijk aan het woord te laten, hebben wij ervoor gekozen om in deze beschrijvingen- daar waar ze van toepassing zijn - gebruik te maken van citaten. Op basis van de gehanteerde moreel-constructivistische benadering en het hermeneutische en dialectische karakter van ons onderzoek reiken wij onze bevindingen aan om ervan te

kunnen leren en ze te kunnen betrekken op ieders eigen situatie (Melrose 2009). Niet de onderzoeker maar de lezer zelf bepaalt wat - op grond van reflectie op de onderzochte context en in vergelijking met de eigen context - als inzicht opgedaan en overgedragen wordt.

Bij de criteria voor responsief onderzoek horen ook het zorg dragen voor een eerlijk en open proces waarin de betrokkenen de kans krijgen hun zienswijzen in de dialogen naar voren te brengen en waar een betere opvatting over de situatie bevorderd wordt, teneinde op de situatie meer grip te krijgen (Abma 2005; Giordano et al. 2007 Guba & Lincoln, 1989). Om dit te bewerkstelligen hebben wij interviews gehouden met het karakter van een natuurlijke conversatie om het onderzoeksmateriaal op een spontane wijze naar boven te kunnen laten komen (Reissman 1993). Met open vragen hebben wij de betrokkenen zoveel mogelijk ruimte gegeven om het eigen perspectief naar voren te brengen, zodat wij ons zo goed mogelijk konden verplaatsen in hun perspectief (Stake 2004). In beide MB's heeft de facilitator bewaakt dat de sfeer open en veilig bleef, om ruimte te geven aan eigen opvattingen, aan zaken waar twijfel lag, en waaraan waarde aan gehecht werd: een voorwaarde om open te staan voor reflectie op het eigen perspectief en voor verandering (Koch 2000; Widdershoven & Abma 2007).

In responsief onderzoek maakt de onderzoeker deel uit van het interpretatieve proces. Betrokkenheid bij het onderwerp speelt een rol om zich te kunnen verplaatsen in de wereld van de ander (Abma et al. 2009). Zowel haar persoonlijke als uit haar werk voortkomende ervaringen (zie Intermezzo I) hebben de hoofdonderzoekster gesteund in oprechte belangstelling voor de wereld van de bestuurders en hun stakeholders, en hebben geholpen bij het naar boven halen van hun perspectieven. Het bewust zijn van het eigen perspectief, vanuit waar de onderzoekster de wereld beleeft en duidt, maakt onderdeel uit van de betrouwbaarheid van de bevindingen (Abma & Widdershoven 2008; Schwandt 2007). Regelmatige besprekingen van wat de onderzoekster bevond, heeft geholpen bewust te zijn van haar eigen perspectief en het - daar waar het de zuiverheid van de bevindingen in de weg stond - dit bespreekbaar te maken. In die zin is ook bij de onderzoekster zelf sprake geweest van verheldering, verdieping en verschuiving van haar perspectief (zie Intermezzo II).

7.5.2 Beperkingen van het onderzoek

Aan responsief onderzoek ligt respect ten grondslag voor de verschillen in hoe mensen hun werkelijkheid zien en beleven en heeft ten doel om op basis van deze verschillen te komen tot een leerproces door reflectie op elkaars zienswijzen (Guba & Lincoln 1989). Wij hebben deze benadering van het achterhalen van wat er werkelijk speelt bij bestuurders en stakeholders gevolgd door naar hen te luisteren en door de voor hun relevante en actuele vraagstukken centraal te stellen als casussen in het onderzoek en de daarbij

behorende dialogische momenten. Onderzoek is op zichzelf een morele onderneming (Giordano et al. 2007). Wij hebben, door veelvuldig overleg in het onderzoeksteam over de analyses, de loop van het proces en de wijze van presenteren, de keuzes en zienswijzen van de deelnemers willen respecteren, en tegelijkertijd willen bijdragen aan het toegankelijke maken van onze opgedane kennis als bijdrage voor het verbeteren van de zorgpraktijk.

Het responsieve leerproces had wellicht aan waarde kunnen winnen als steeds dezelfde casus in het onderzoek centraal was komen te staan. Wij hebben echter bij het dynamische proces van toedelingen (hoofdstuk 4) de dialogische toedelingen bij de bestuurders (hoofdstuk 5) en de dialogische toedelingen bij een bestuurder en andere stakeholders (hoofdstuk 6) steeds andere casuïstiek centraal gezet. De casussen verschilden van elkaar omdat zij voor die mensen op dat moment relevant en actueel waren. Met het verschil in casus, ingebracht in het MB, van de bestuurders, en ingebracht in het MB van bestuurder Jansen samen met andere stakeholders, hebben wij recht willen doen aan de wens van bestuurder Jansen om beide voor hem actuele dilemma's in groepen van verschillende samenstelling te willen bespreken. Omdat betrokkenheid bij het onderwerp een belangrijke voorwaarde is voor bereidheid om het eigen perspectief in te brengen, net als het openstaan voor reflectie erop (Widdershoven & Abma 2007), hebben we de wensen van de bestuurder in kwestie gevolgd. In onze studie hebben wij gebruik gemaakt van twee MB's. Het responsieve karakter van onze studie had aan kracht kunnen winnen als wij een serie van dergelijke beraden hadden gehouden. De in deze studie gehouden interviews en MB's, aangevuld met homogene bijeenkomsten met zorgprofessionals en met cliënten, had meer recht kunnen doen aan inclusie van de zienswijzen van deze stakeholdersgroepen alsook daarmee ons inzicht in hun perspectief kunnen vergroten. De kracht van responsief onderzoek om de praktijk te verbeteren (Karpowitz et al. 2009) zou zijn toegenomen door de in dergelijke homogene bijeenkomsten naar voren gebrachte perspectieven in het heterogene Moreel Beraad als kennis in te brengen.

In responsief onderzoek is de onderzoeker specifiek verantwoordelijk voor de keuze wie wel en wie niet in het onderzoek betrokken worden. In onze studie hebben wij onze kennis kunnen verdiepen door één bestuurder te kiezen voor nader onderzoek. Open staan voor een responsieve aanpak en het lerende proces, dat van het dialogische karakter van de MB's uitgaat, was hierin een belangrijk keuzecriterium (Widdershoven & Abma 2007). Men kan zich afvragen of de geloofwaardigheid van onze bevindingen was toegenomen als wij in de verdiepingsfase een bestuurder hadden betrokken die minder ontvankelijk was voor reflectie op het eigen perspectief. Vervolgonderzoek naar de ontvankelijkheid voor een lerende houding in relatie tot de kansrijkheid van een deliberatieve en inkluderende benadering is aanbevelenswaardig. Vervolgonderzoek naar hoe deze benadering zich verhoudt ten opzichte van rationeel-instrumentele stijlen van besturen die zich meer op de zakelijke en feitelijke aspecten van besturen richten, is aan te bevelen (Dalen van 2012).

In ons onderzoek stonden de perspectieven van bestuurders van intramurale instellingen centraal. Onderzoek naar de morele dimensies in toedelingen van verantwoordelijkheden aan zichzelf en aan andere stakeholders, benaderd vanuit een zorgethisch perspectief, was nieuw. Om onze onderzoeksvraag te kunnen onderzoeken, hebben wij gewerkt met een relatief klein aantal bestuurders en stakeholders, omdat onze studie de intentie had om de diepgang en de complexiteit van het fenomeen van verantwoordelijkheids-toedelingen te ontrafelen (Morse 1994). In de keuze van de betrokken bestuurders en stakeholders hebben wij gestreefd naar een maximalisatie van diversiteit in morele perspectieven op de casussen en de daarmee verbonden perspectieven op verantwoordelijkheids-toedelingen. Het geringe aantal betrokkenen heeft ons de mogelijkheid gegeven om hun perspectieven in de diepte te exploreren. De rond de casussen bestaande relaties tussen bestuurder Jansen en andere stakeholders zijn voor ons een belangrijke leidraad geweest in de selectie, in de wetenschap dat relaties een belangrijke grond zijn voor toedelingen van verantwoordelijkheden (Walker 1998).

In overleg met bestuurder Jansen hebben wij, uit zijn bestaande relaties, mensen in het onderzoek betrokken die naast de op zijn organisatie gerichte perspectieven (zijn medebestuurder en managementteam) ook de perspectieven van ouderen (de Lokale Cliëntenraad, de Centrale Cliëntenraad en de Stichting Welzijn Ouderen), van de zorgprofessionals en andere medewerkers (het hoofd medische dienst en de ondernemingsraad), en van de zorgfinanciers (de gemeente en het zorgkantoor) konden vertegenwoordigen. Geconstateerd kan worden dat ondanks de vertegenwoordigers van ouderen die in de studie betrokken waren, het zicht op de morele overwegingen van ouderen zelf beperkt is gebleven. Dit perspectief is in beide MB's wel onderzocht maar hieraan is niet vanuit ouderen zelf invulling gegeven. Dit kan gezien worden als een limitatie omdat juist hun zorgbehoeften en hun morele perspectieven ertoe doen en niet mogen ontbreken wanneer gekeken wordt naar de door ons voorgestane processen van verantwoordelijkheden. Wij hadden het als onze verantwoordelijkheid als onderzoekers kunnen beschouwen om juist deze stakeholders, die er ten principale toe doen, in onze studie te betrekken (Mertens & Grinsberg 2008). Dit had meer recht gedaan aan de morele en relationele dimensies van het onderzoek en aan het ondersteunen van kwetsbaren doelgroepen in het geven van een stem en grip op de situatie (Guba & Lincoln 1989; Giordano et al. 2007). Het onderzoek had aan kracht gewonnen als de vraag 'wie te betrekken in het proces van onderzoek?' meer en eerder in het proces responsief was benaderd (Abma 2005). In de keuze voor stakeholders, waarmee bestuurder Jansen in zijn bestuurspraktijk directe relaties heeft, hebben wij echter recht willen doen aan zijn relationele werkelijkheid. Hiermee hebben wij inzicht gekregen in de uiteenlopende morele perspectieven waarmee bestuurder Jansen dagelijks te maken heeft. De bevindingen van het MB over het Grand Café (hoofdstuk 6) hebben laten zien dat de deelnemers zelf tot inzicht zijn gekomen dat hun perspectief op

wat er voor ouderen toe doet, op delen ontbreekt. Dit is een waardevol inzicht. Tevens hebben zij geconstateerd dat het niet kennen van het perspectief van ouderen zelf het vormen van een evenwichtig perspectief in de weg staat. Mede op basis van deze ontvankelijkheid voor verbreding van het eigen perspectief met perspectieven uit de dagelijkse zorgpraktijk van ouderen zelf, maakt dat wij vervolgonderzoek aanraden waarin perspectieven vanuit beide praktijken (de bestuurspraktijk en de directe zorgpraktijk rond ouderen inclusief de informele en formele verzorgenden) met elkaar verbonden worden.

7.6 Algemene conclusie

In de transitie van de ouderenzorg neemt de nationale overheid de (zorg)-verantwoordelijkheid voor ouderen niet meer primair op zich, maar heeft zij deze met wettelijk en beleidsmatig ingrijpen verschoven naar de ouderen zelf en naar de maatschappelijke partijen (stakeholders) die betrokken zijn in de ouderenzorg zoals zorgaanbieders, zorgfinanciers, lokale overheden, zorgprofessionals, cliëntenraden, familieleden en hun belangenorganisaties. Bestuurders van intramurale instellingen accepteren de transitie, maar deze komt in hun lokale zorgpraktijk nog niet volledig tot uitdrukking. Traditionele verhoudingen tussen overheid, bestuurders en ouderen staan heroriëntatie op verantwoordelijkheden in de weg. De overheid legt verantwoordelijkheden eenzijdig op aan bestuurders en ouderen. En bestuurders zien op hun beurt ouderen veelal nog als hulpbehoevend en niet krachtig genoeg, in tegenstelling tot de overheid die juist van ouderen meer zelfstandigheid verwacht. Gangbare waarden en normen zijn niet meer leidend en de daardoor ontstane ruimte voor morele betekenisgeving geeft bestuurders geen houvast bij het toedelen van verantwoordelijkheden. Wat nog verstaan moet worden onder zorgzaamheid is diffuus nu het uitgangspunt is geworden dat ‘zorg alleen nog maar verstrekt wordt als het echt niet meer anders kan’. Deze ambigue morele context, waarin bestuurders en andere stakeholders diverse perspectieven hebben op wat onder goede zorg verstaan mag worden, vraagt om heroriëntatie op fundamentele waarden als zorgzaamheid, solidariteit en rechtvaardigheid en om heroriëntatie op onderlinge relaties en verwachtingen. Door spanningen tussen verwachtingen en waarden stagneren ontwikkelingen in de ouderenzorg en worden opgaven niet beslecht. Bestuurders komen regelmatig te staan voor morele dilemma’s hoe zij moeten handelen, en hun morele zorghoudingen komen moeilijk tot hun recht door het dwingende karakter van opgelegde regels en de druk op de financiën. Om de dominantie in en de spanningen tussen waarden te overkomen, zoeken bestuurders balans tussen wat zij van zichzelf en wat zij van anderen verwachten en aan welke waarden zij recht moeten en willen doen. Dit heeft tot gevolg dat dynamische onderhandelingsprocessen over waarden ontstaan, zonder een gedeelde moraliteit over wat er in de zorg voor ouderen toe doet. Toedelingen van verantwoordelijkheden krijgen hierdoor een gefragmenteerd karakter en behoeften van ouderen blijven onbeantwoord.

Dialogische processen dragen bij aan het komen tot een beter gedeeld begrijpen van een specifieke situatie en de daaraan gerelateerde morele duiding van dat wat nodig is en hoe op basis daarvan aan wie verantwoordelijkheden toe te delen. Om bij te kunnen dragen aan een cultuur waarin deliberatieve democratische processen recht doen aan zorg als verantwoordelijkheidspraktijk, wordt van bestuurders van zorginstellingen en van andere stakeholders, zoals bestuurders van gemeenten, moreel constructivistisch leiderschap gevraagd, niet alleen voor verbetering van de ouderenzorg maar voor alle sociale transitieën waarin sprake is van herverdeling van verantwoordelijkheden.

Literatuurlijst

Abma, TA 2003, 'Learning by telling, Storytelling workshops as an organizational learning intervention', *Management Learning*, Vol. 34, no. 2, pp. 221-240.

Abma, TA 2005, 'Responsive evaluation: Its meaning and special contribution to health promotion', *Evaluation and Program Planning*, vol. 28, no. 3, pp. 279-289.

Abma, TA, Baur, V, Molewijk, B & Widdershoven, GM 2010, 'Inter-ethics: Towards an interactive and interdependent bioethics', *Bioethics*, vol. 24, no. 5, pp. 242-256.

Abma, TA, Molewijk, B & Widdershoven, GAM 2009, 'Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation', *Health Care Analysis*, vol. 17, no. 3, pp. 217-235.

Abma, TA, Nierse, C & Widdershoven, GAM 2009, 'Patients as Partners in Responsive Research: Methodological Notions for Collaborations in Mixed Research Teams', *Qualitative Health Research*, vol. 19, no. 3, pp. 401-415.

Abma, TA, Oeseburg, B, Widdershoven, GA & Verkerk, M 2009, 'The quality of caring relationships', *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 2, pp. 39-45.

Abma, TA & Stake, RE 2001, 'Stake's Responsive Evaluation: Core Ideas and Evolution', *New Directions for Evaluation*, vol. 2001, no. 92, pp. 7-22.

Abma, TA & Widdershoven, GAM 2008, 'Evaluation and/as social relation', *Evaluation*, vol. 14, no. 2, pp. 209-225.

Baart, A & Heijst van, A 2003, 'Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie', *Sociale interventie*, vol. 12, no. 2 pp. 5-8.

Baur, VE, Abma, TA 2011a, 'Resident councils between lifeworld and system: Is there room for communicative action?', *Journal of Aging Studies*, vol. 25, no. 4, pp. 390-396.

Baur, VE, Abma, TA 2011b, 'The Taste Buddies': Participation and empowerment in a residential care home', *Ageing & Society* vol. 32, no. 6, pp. 1055-1078.

Bevir, M 2011, 'Public administration as storytelling', *Public Administration*, vol. 89, no. 1, pp. 183-195.

Boje, DM 1991, 'Learning Storytelling: Storytelling to Learn Management Skills', *Journal of Management Education*, vol. 15, no. 3, pp. 279-294.

Boje, DM 1995, 'Stories of the storytelling organization: A postmodern analysis of Disney as "Tamara-Land"', *Academy of Management Journal*, vol. 38, no. 4, pp. 997-1035.

Brandsen, T, Donk van de, W & Putters, K 2005, 'Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector' *International Journal of Public Administration*, vol. 28, no. 9/10, pp. 749-766.

Bruijn de, H, Dicke, W. & Voort van de, H 2003, 'Procesmanagement in een representatieve democratie. Spanningen en strategieën', *Beleidswetenschap*, vol. 17, no. 4, pp. 320-339.

Ciulla, JB 2009, 'Leadership and the Ethics of Care', *Journal of Business Ethics*, vol. 88, no. 1, pp. 3-4.

Cunliffe, AL 2008, 'Orientations to Social Constructionism: Relationally Responsive Social Constructionism and its Implications for Knowledge and Learning', *Management Learning*, vol. 39, no. 2, pp. 123-139.

Dalen van, A 2012, *Zorgvernieuwing: Over anders besturen en organiseren*, Boom, Den Haag.

De Nationale Ombudsman 2013, *Mijn onbegrijpelijke overheid*, viewed 24 March 2013, <<http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C DIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fjaarverslag.nationaleombudsman.nl%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FVerslag%25202012.pdf&ei=GgJOUaWmPlmmowXjrlCgDQ&usg=AFQjCNEY81YuoHNnIKh5ZUHgAxa7PY2DMg&bvm=bv.44158598,d.d2k>>.

Fawkes, J 2012, 'Interpreting ethics: Public relations and strong hermeneutics', *Public Relations Inquiry*, vol. 1, no. 2, pp. 117-140.

Fisher, B & Tronto, JC 1990, 'Towards a Feminist Theory of Caring', in EK Abel & MK Nelson (eds.), *Circles of care: Work and identity in women's lives*, State University of New York Press, Albany, pp. 35-62.

Fisscher, O, Nijhof A & Steensma, H 2003, 'Dynamics in Responsible Behaviour In Search of Mechanisms for Coping with Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 44, no. 2, pp. 209-224.

Freeman, RE & Auster, ER 2011, 'Values, Authenticity, and Responsible Leadership', *Journal of Business Ethics*, vol. 98, no. 1, pp. 15-23.

French, Hasslein & Es 2002, 'Constructivist Negotiation Ethics', *Journal of Business Ethics*, vol. 39, no. 1-2, pp. 83-90.

French, W & Weis, A 2000, 'An Ethics of Care or an Ethics of Justice', *Journal of Business Ethics*, vol. 27, no. 1-2, pp. 125-136.

Friedman, VJ 2011, 'Revisiting social space: Relational thinking about organizational change', in R Woodman, W Pasmore & AB Shani (eds.) *Research in Organizational Change and Development*, Emerald Group Publishing, Bingley, pp. 233-258.

Gadamer, H-G 1960, *Wahrheit und Methode; Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Mohr, Tübingen.

Geertz, C 1973, *The interpretation of cultures: Selected essays*, Basic Books, New York.

Giddens, A 1998, *The third way: The renewal of social democracy*, Polity Press, Cambridge.

Gilroy, R 2003, 'Why can't more people have a say? Learning to work with older people', *Ageing and Society*, vol. 23, no. 5, pp. 659-674.

Giordano, J, O'Reilly, M, Taylor, H & Dogra, N 2007, 'Confidentiality and Autonomy: The Challenge(s) of Offering Research Participants a Choice of Disclosing Their Identity', *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 2, pp. 264-275.

Grit, K 2004, 'Corporate Citizenship: How to Strengthen the Social Responsibility of Managers?' *Journal of Business Ethics*, vol. 53, no. 1/2, pp. 97-106.

Guba, EG & Lincoln, YS 1989, *Fourth generation evaluation*, Sage Publications, Newbury Park.

Habermas, J 1984, *The theory of communicative action*, Beacon Press, Boston.

Heijst van, A 2005, *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*, Klement, Kampen.

Hemingway, CA & MacLagan, PW 2004, 'Managers' Personal Values as Drivers of Corporate Social Responsibility', *Journal of Business Ethics*, vol. 50, no. 1, pp. 33-44.

Holstein, MB, Parks, JA & Waymack, MH 2011, *Ethics, aging, and society: The critical turn*, Springer, New York.

Janssen, B, Regenmortel van, T & Abma, TA 2012a, 'Balancing Risk Prevention and Health Promotion: Towards a Harmonizing Approach in Care for Older People in the Community', *Health Care Analysis*, 7 Januari 2012, viewed 27 April 2013, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22228192>>.

Janssen, BM, Abma, TA & Regenmortel van, T 2012b, 'Maintaining mastery despite age related losses. The resilience narratives of two older women in need of long-term community care', *Journal of Aging Studies*, vol. 26, no. 3, pp. 343-354.

Karpowitz, C, Raphael, C & Hammond, A 2009, 'Deliberative Democracy and Inequality: Two Cheers for Enclave Deliberation among the Disempowered', *Politics & Society*, vol. 37, no. 4, pp. 576-615.

Koch, T 2000, 'Having a say': negotiation in fourth-generation evaluation', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 117-125.

Kunneman, H & Slob, M 2007, *Thuiszorg in transitie: Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*, LSBK, Bunnik.

Lurie, Y & Albin, R 2007, 'Moral Dilemmas in Business Ethics: From Decision Procedures to Edifying Perspectives', *Journal of Business Ethics*, vol. 71, no. 2, pp. 195-207.

Maak, T & Pless, NM 2006, 'Responsible Leadership in a Stakeholder Society - A Relational Perspective', *Journal of Business Ethics*, vol. 66, no. 1, pp. 99-115.

Manschot, HAM & Verkerk, MA (red.) 1994. *Ethiek van de zorg – een discussie*, Boom, Meppel.

Manschot, H & Dartel van, H 2003, *In gesprek over goede zorg: Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Boom, Amsterdam.

Meadows, LM & Morse, JM 2001, 'Constructing evidence within a qualitative project', in JM Morse, JM Swanson, & AJ Kuzel (eds.), *The nature of Qualitative Evidence*, Sage, Thousand Oaks, pp. 187-201.

Melrose, S 2009, 'Naturalistic Generalization', in AJ Mills, G Durepos & E Wiebe (eds.) *Encyclopedia of Case Study Research*, Sage, Thousand Oaks, pp. 600-602.

Mertens, DM & Ginsberg, PE 2008, 'Deep in Ethical Waters: Transformative Perspectives for Qualitative Social Work Research', *Qualitative Social Work*, vol. 7, no. 4, pp. 484-503.

Mitchell, RK, Agle, BR. & Wood, DJ 1997 'Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts', *Public Management Review* vol.22, no. 4, pp. 853-886.

Morse, J 1994, Designing funded qualitative research. In *Handbook for qualitative research*, ed. N. Denzin and Y. Lincoln, Sage, Thousand Oaks, pp. 220-35.

Musschenga, A 2005, 'Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism', *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 30, no. 5, pp. 467-490.

Nierse, CJ & Abma, TA 2011, 'Developing voice and empowerment: the first step towards a broad consultation in research agenda setting', *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, no. 4, pp. 411-421.

Noordegraaf, M & Abma, T 2003, 'Management by Measurement? Public Management Practices Amidst Ambiguity', *Public Administration*, vol. 81, no. 4, pp. 853-872.

Noordegraaf, M, Meurs, P & Montijn-Stoopendaal, A 2005, 'Pushed organizational pulls : Changing responsibilities, roles and relations of Dutch health care executives', *Public Management Review* vol. 7, no. 1, pp. 25-43.

Noordegraaf, M & Stewart, R 2000, 'Managerial Behaviour Research in Private and Public Sectors: Distinctiveness, Disputes and Directions' *Journal of Management Studies*, vol. 37, no. 3, pp. 427-444.

Ohnsorge, K & Widdershoven, G 2011, 'Monological versus dialogical consciousness: two epistemological views on the use of theory in clinical ethical practice', *Bioethics*, vol. 25, no. 7, pp. 361-369.

Peredo, AM & Chrisman, JJ 2006, 'Toward a Theory of Community-Based Enterprise', *The Academy of Management Review*, vol. 31, no. 2, pp. 308-328.

Peredo, AM & McLean, M 2006, 'Social entrepreneurship: A critical review of the concept', *Journal of world business*, vol. 41, no. 1, pp. 56-65.

Pless, NM 2007, 'Understanding Responsible Leadership: Role Identity and Motivational Drivers', *Journal of Business Ethics*, vol. 74, no. 4, pp. 437-456.

Poel van de, I & Royakkers, L 2007, 'The Ethical Cycle', *Journal of Business Ethics*, vol. 71, no. 1, pp. 1-13.

Provan, KG & Kenis, P 2008, 'Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness', *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 18, no. 2, pp. 229-252.

Putters, K 2009, *Besturen met duivelselastiek*, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Raad voor het openbaar bestuur, 2012, *Loslaten in vertrouwen. Naar een nieuwe verhouding tussen overheid markt én samenleving*, Den Haag.

Rappaport, J 1995, 'Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings', *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no. 5, pp. 795-807.

Reissman, CK 1993, *Narrative Analysis*, Sage, Newbury Park.

Rolfe, G 2006, 'Validity, trustworthiness and rigour: Quality and the idea of qualitative research', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 53, no. 3, pp. 304-310.

Ryfe, DM 2005, 'Does Deliberative Democracy Work?', *Annual Review of Political Science*, vol. 8, pp. 49-72.

Schäfer, W, Kroneman, M, Boerma, W, Berg van den, M, Westert, G, Devillé, W & Ginneken van, E 2010, 'The Netherlands: health system review', *Health systems in transition*, vol. 12, no. 1, 1-229.

Scheer van der, W 2007, 'Is the new health-care executive an entrepreneur?' *Public Management Review*, vol. 9, no.1, pp. 49-65.

Schwandt, TA 2001, 'A Postscript on Thinking about Dialogue', *Evaluation*, vol.7, no. 2, pp. 264-276.

Schwandt, T 2007, 'Expanding the conversation on evaluation ethics', *Evaluation and Program Planning*, vol. 30, no. 4, pp. 400-403.

Schwandt, TA & Burgeon, H 2006, 'Evaluation and the study of lived experience', in NK Denzin & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, 3rd edn, Sage, Thousand Oaks, pp 98-117.

Schulz, M, Steen, M & Twist, M 2013, 'De realisatie van publieke waarden door sociaal ondernemerschap', *Bestuurskunde*, vol. 22, no. 1, pp. 35-43.

Scott, T, Mannion, R, Davies, HT & Marshall, MN 2003, 'Implementing culture change in health care: Theory and practice', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, no. 2, pp. 111-118.

Stake, RE 2004, *Standards-based & responsive evaluation*, Sage, Thousand Oaks.

Stake, RE 2005, Qualitative Case studies, in NK Denzin, & YS Lincoln (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 443-466.

Stake, RE 2006, *Multiple case study analysis*, New York, The Guilford Press.

- Stake, RE 2010, *Qualitative research studying how things work*, New York, Guilford Press.
- Steen, M, Bruijn de, H & Schillemans, T 2013, 'De grote samenleving', *Bestuurskunde*, vol. 22, no. 1, pp. 5-12.
- Stewart, J & Zediker, K 2000, 'Dialogue As Tensional, Ethical Practice', *The Southern Communication Journal*, vol. 65, no. 2-3, pp. 224-242.
- Stoopendaal, A 2005, 'Health care executives and 'their' patients. How do they keep in touch?', *Eurohealth*, vol. 11, no. 3, pp. 13-16.
- Sullivan, H, Barnes, M & Matka, E 2002, 'Building Collaborative Capacity through 'Theories of Change': Early Lessons from the Evaluation of Health Action Zones in England', *Evaluation*, vol. 8, no. 2, pp. 205-226.
- Tronto, JC 1993, *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*, Routledge, New York.
- Uhl-Bien, M 2006, 'Relational Leadership Theory: Exploring the social processes of leadership and organizing', *The Leadership Quarterly*, vol. 17, no. 6, pp. 654-676.
- Verkerk, MA 1994, 'Zorg of contract; een andere ethiek', in H Manschot & MA Verkerk (eds.) *Ethiek van de zorg : een discussie*, Boom, Amsterdam, pp. 53-74.
- Verkerk, M & Widdershoven, G 2005, *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?*, UMCg, Groningen.
- Visse, M, Widdershoven, G & Abma, T 2011, 'Moral Learning in an Integrated Social and Healthcare Service Network', *Health Care Analysis*, 1-16.
- Waerness, K 2009, 'Ethics of Care', in J Peil & I van Staveren (eds.) *Handbook of economics and ethics*, Edward Elgar Publishing, Northampton, pp 138-142.
- Walker, MU 1998, *Moral understandings: A feminist study in ethics*, Routledge, New York.
- White, JA & Tronto, JC 2004, 'Political Practices of Care: Needs and Rights', *Ratio Juris*, vol. 17, no. 4, pp. 425-453.
- Widdershoven, G 2000, *Ethiek in de kliniek: hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*, Boom, Amsterdam, The Netherlands.

Widdershoven, GAM 2001, 'Dialogue in Evaluation: A Hermeneutic Perspective', *Evaluation*, vol. 7, no. 2, pp. 253-263.

Widdershoven, GAM & Abma, T 2007, 'Hermeneutic ethics between practice and theory', in RE Ashcroft, A Dawson & H Draper (eds.), *Principles of health care ethics*, Wiley, Chichester, pp. 215-223.

Widdershoven, G, Abma, T, & Molewijk, B 2009, 'Empirical ethics as dialogical practice', *Bioethics*, Vol. 23, No. 4, pp. 236-248.

Widdershoven, G, Molewijk, B & Abma, T 2009, 'Improving care and ethics: a plea for interactive empirical ethics', *American Journal of Bioethics*, vol. 9, no. 6-7, pp. 99-101.

Woerkum van, C & Aarts, N 2008, 'Staying connected: The communication between organizations and their environment', *Corporate Communications*, vol. 13, no. 2, pp. 197-211.

PERSOONLIJK INTERMEZZO II

**Verschoven perspectief en overdraagbaarheid
naar de eigen context**

De uit de hand gelopen bewonersavond in de gemeente waar ik werk viel ongeveer gelijk met de start van mijn promotieonderzoek. Het was een avond die de voorpagina van de krant haalde met de strekking: *communicatie faalt, bewonersavond loopt uit de hand*. Bewoners waren furieus over nieuwe plannen van de gemeente om kwetsbare mensen in hun wijk te gaan opvangen, en dat lieten ze weten ook. Bestuurder en projectleider werden er op een niet mis te verstane manier op gewezen dat bewoners zich in hun veiligheid en vooral in die van hun kinderen ernstig bedreigd voelden. Deze gebeurtenis leidde tot mijn opdracht de oorzaak te achterhalen en te voorkomen dat dit nog eens zou gebeuren. Wat ging er mis in de communicatie en hoe moeten wij dit in de toekomst voorkomen? De zoektocht naar dit antwoord liep gelijk op met mijn zoektocht in het promotieonderzoek. In dit intermezzo ga ik in op de momenten waarop mijn onderzoeksbevindingen mijn perspectief op zaken hebben verschoven en wat dit mij in mijn werk geholpen heeft. Zoals de theorie van Margaret Walker in mijn onderzoek centraal heeft gestaan, zo is in mijn gemeentelijke werk de methode 'Factor-C' centraal komen te staan. De Factor-C methode is ontwikkeld door het departement van overheidscommunicatie van de Rijksoverheid. De methode baseert zich op de visie dat beleid 'communicatief' tot stand kan komen door contact met de omgeving. Niet de fysieke, financiële en wettelijke dimensies van beleidsvorming maar de relationele dimensies staan in deze methode centraal. De methode, die specifiek ontwikkeld is voor beleids- en communicatiemedewerkers, werkt met gestructureerde sessies waarin deelnemers interactief kennis en ervaringen delen over de omgeving waarop het beleid invloed heeft. Aan dergelijke sessies kunnen niet alleen overheidsmedewerkers, maar ook burgers en vertegenwoordigers van andere organisaties deelnemen. De deelnemers delen en vormen samen een beeld over het effect van het project op partijen, zoals burgers of organisaties. De methode helpt bijvoorbeeld bij het in een vroeg stadium van een (beleids)project in kaart brengen van allerlei partijen die, op welke manier dan ook, door het project geraakt worden. Uiteindelijk leidt de methode tot ideeën over de manier waarop men diverse partijen kan betrekken bij en kan informeren over de ontwikkeling van beleid of een project. Ik heb met de inzichten van mijn promotieonderzoek de waarde van de Factor-Cmethode, waarvan ik bij de introductie in de gemeente slechts een vermoeden had, gaandeweg veel beter kunnen doorgronden en benutten, maar ook kunnen uitbreiden. En dit proces is nog niet ten einde.

Na onderzoek van de uit de hand gelopen bewonersavond, constateerde ik dat al vanaf het begin van de beleidsvorming gekeken had moeten worden naar welke mensen en partijen geraakt worden door het beleid. In mijn onderzoek noemen wij de mensen van wie het belang op het spel staat: stakeholders. In de gemeente noemen wij hen: actoren. De notie dat mensen ertoe doen, lijkt evident. Maar de praktijk wijst uit dat de mensen en partijen opwie het beleid impact heeft, gaandeweg toch uit beeld dreigen

te raken. Vanuit de afdeling communicatie zijn wij enkele jaren geleden begonnen met sessies om al in het begin van de beleidsvorming analyses te maken van relevante actoren. Niet om te bepalen aan wie een voltooid plan gecommuniceerd moet worden, maar juist om in een beginfase vast te stellen wie geraakt kan worden door het voorgenomen beleid. Het doen van het promotieonderzoek heeft mij een belangrijk inzicht meegegeven waardoor deze sessies aan kracht gewonnen hebben. Door bestudering van de waarde die een dialogisch proces voor deelnemers kan hebben, ben ik mijn rol als facilitator van dergelijke sessies anders gaan zien. In eerste instantie zag ik deze sessies als waardevol omdat je met mensen met uiteenlopende achtergronden snel tot een goed overzicht kan komen van wie er waarom toe doet. Het resultaat is dan de analyse van de actoren en hun belangen. Ik heb geleerd dat het veel waardevoller is om dergelijke sessies te zien als een moment waarop de deelnemers het eigen perspectief kunnen verbreden en verschuiven over hoe actoren zich verhouden of zouden kunnen verhouden tot het (voorgenomen) beleid. Een gedeeld inzicht kan dan ontstaan over waarom en hoe deze actoren te betrekken in de vorming van het beleid en in de realisatie er van. Het resultaat beperkt zich dan niet meer tot slechts de analyse van de actoren maar helpt bij het daadwerkelijk betrekken van deze actoren en hun perspectieven in het beleid. Op welke manier het openstaan voor en het leren van elkaars perspectieven gestimuleerd kan worden, is een kunst apart. Met belangstelling heb ik gekeken naar hoe een van mijn promotoren, Prof. Guy Widdershoven het faciliteren van de Moreel Beraden uit mijn onderzoek heeft vormgegeven. Ik heb geleerd van de manier waarop hij ruimte gaf aan de deelnemers om hun ervaringen naar voren te brengen, terwijl hij tegelijkertijd een vaste structuur van dialoogvoering aanbood om het naar elkaar luisteren en het leren van elkaars opvattingen te stimuleren.

Mijn grootste inzicht is misschien wel dat ik, door het aanbod van wetenschappelijke literatuur uit mijn promotieonderzoek, in mijn dagelijkse praktijk beter ben gaan begrijpen wat het werkelijk betekent als je de praktijk als uitgangspunt neemt. Als wij terug gaan naar het incident tijdens de bewonersavond, dan zien wij dat de heftige emoties van de wijkbewoners ons vertellen wat er voor hen werkelijk toe doet. Het raakt hun fundamentele gevoel van veiligheid. De communicatiediscipline wordt niet zelden aangesproken om commotie te voorkomen. Maar wat gebeurt er werkelijk? Het beleid was primair bedoeld om een kwetsbare groep mensen in een wijk op te vangen. Dit zag de bestuurder als zijn verantwoordelijkheid. Zorgzaamheid voor die kwetsbare groep kwam op gespannen voet met zorgzaamheid voor de wijkbewoners. Het daarvoor ontwikkelde beleid legde de wijk een eenzijdige verantwoordelijkheid op en de wijkbewoners wilden die niet zomaar accepteren. Stel dat wij ook hun werkelijkheid en hun zorgen als uitgangspunt mee hadden genomen? Wat als de bestuurder samen met hen zijn zienswijze met hen gedeeld had? Wat als besproken was op welke manier recht gedaan kon worden aan dat waaraan

beide groepen waarde hechten? Wellicht was er door begrip voor elkaars zienswijze een creatieve oplossing gekomen om aan beide groepen mensen tegemoet te komen.

Mijn inzicht is dat het her- en erkennen van de veelkleurige praktijk al bij het begin van beleid helpt om deze beter op de werkelijkheid aan te laten sluiten. Beleid en plannen ter ondersteuning van de sociale transitie (zoals bij de WMO, Jeugdzorg of het armoede beleid) vragen bij uitstek een voortdurend afvragen voor wie wij het doen en wat er voor deze mensen toe doet. De praktijk heeft mij geleerd dat deze omslag van denken veel voeten in aarde heeft door het schurende effect dat optreedt bij de vaak nog traditionele werkwijze van gemeenten. De uitdaging ligt in het vinden van manieren om als gemeente onderdeel uit te maken van een relationeel veld en om met de maatschappelijke partijen in de stad de dialoog aan te gaan waarin telkens de vraag voorligt: wie zorgt voor wie en waarom? De verantwoordelijkheidsopvatting van een bestuurder speelt in alle plannen een centraal element. Veel meer dan ik ooit gedacht had, heeft zijn of haar eigen moraliteit een sturende rol. Te lang ben ik uitgegaan van een verantwoordelijkheid die geaard is in de functie van bestuurder. Ik heb redelijk eigenwijs enkele malen proberen te verdedigen dat de bestuurder “vanuit zijn functie” een verantwoordelijkheidsopvatting kan hebben, los van zijn persoonlijke morele overwegingen. Coulant hebben mijn (co)promotoren dit aangehoord en mij de ruimte gegeven om gaandeweg mijn perspectief hierin te verschuiven. De persoon doet ertoe. Deze notie heeft mij geholpen specifieke sessies te ontwikkelen om de morele overwegingen van bestuurders een plek te geven in plannen en beleid. Ik zie de uitdaging om een bestuurder op zijn of haar eigen perspectief te laten reflecteren met vragen als: voor wie doe je het en waarom. Het betrekken van bestuurders in sessies vindt regelmatig plaats. Welke mensen in een sessie uitgenodigd moeten worden, is uitermate relevant, wetende dat er een machtsonbalans kan optreden die het uitwisselen van perspectieven in de weg kan staan. Ik heb sessies vormgegeven en gefaciliteerd waarin ik door schade en schande wijs ben geworden over hoe bepalend de combinatie van mensen kan zijn voor het resultaat. Door mijn promotieonderzoek heb ik geleerd nog alerter te zijn op het betrekken van die stakeholders die doorgaans niet aan tafel zitten als er over beleid of plannen gepraat wordt. Ik realiseer mij dat het vaak gaat om grote groepen in- en externe stakeholders, van wie, als ze allen betrokken zouden worden, veel tijdsinvestering wordt gevraagd. Als we meer inzicht krijgen in het adequaat omgaan met de vraag wie en waarom we met elkaar in interactie willen brengen, dan zal dit zeker bijdragen aan het implementeren van meer dialogische vormen in bestuurspraktijken.

Ik wil besluiten met de andere kijk die ik op verantwoordelijkheden van bestuurders heb gekregen. Ik heb beter kunnen doorgronden waarom het nemen van de normatieve werkelijkheid ‘daar waar het gebeurt’, als startpunt van denken, helpt bij het vinden van antwoorden die passen bij behoeften

van mensen. En ik heb geleerd hoe en waarom dialogische processen daarbij kunnen helpen. Met betrekking tot mijn eigen functie van strateeg zou ik zeggen: *‘Communicatie ondersteunt verandering niet, communicatie is de verandering’*. Hiermee wil ik de communicatie-discipline niet belangrijk maken, maar juist aan iedereen teruggeven als de natuurlijke manier van uitdrukking geven aan wat voor hem of haar belangrijk is en er toe doet. In het bouwen van het verhaal tussen mensen wordt een wereld geschetst zoals die is en zoals die zou kunnen zijn. Als niet één mens spreekt, maar er werkelijk gesprek plaatsvindt, ontstaat een gezamenlijke wereld waarin de verandering ter plekke plaatsvindt.

SAMENVATTING

Het Nederlandse zorgstelsel, inclusief de ouderenzorg, is in transitie. Om de zorg voor de sterk groeiende groep ouderen in een haperende economie goed en betaalbaar te houden voert de Nederlandse overheid in de nabije toekomst wettelijke veranderingen door met vaststelling van 'wie de zorg levert' en 'wie de zorg betaalt'. Voor burgers leidt dit tot een verschuiving van recht op publiek gefinancierde zorg naar zorg die alleen publiek gefinancierd wordt als er geen alternatief is. Van ouderen zelf wordt verwacht dat zij meer dan voorheen eigen verantwoordelijkheid nemen om langer zelfstandig thuis te (kunnen) blijven wonen en in de maatschappij te blijven participeren. Als zij ondersteuning nodig hebben, wordt verwacht dat zij eerst een beroep doen op hun naasten en mensen uit hun sociale netwerk, voordat zij een beroep doen op door de overheid gefinancierde zorg.

De veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel en de ouderenzorg hebben gevolgen voor alle stakeholders. Ouderen, hun familieleden en (in)formele verzorgers en zorgorganisaties die zorg en servicediensten voor hen vormgeven, moeten zich aan deze nieuwe werkelijkheid aanpassen en zich op de eigen rol en verantwoordelijkheden heroriënteren. In grotere vrijheid dan voorheen, maar met restricties van gereguleerde marktwerking en financiële kaders, staan lokale overheden en zowel welzijns- als zorgorganisaties (zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, gemeenten, zorgkantoren en woningbouwverenigingen) voor de taak om op zoek te gaan naar nieuwe vormen van ondersteuning en zorg voor ouderen die gerealiseerd moeten worden in nauw samenspel met cliënten, hun familieleden en/of hun vertegenwoordigers. Welke balans er uiteindelijk in de toekomst ontstaat tussen informele en formele zorg en tussen thuis blijven wonen van ouderen dan wel opname in een intramurale settings, is de vraag. Onduidelijk is wat er in het licht van alle veranderingen onder verantwoorde ontwikkelingen in de ouderenzorg verstaan mag worden en welke waarden en normen daarbij gelden. In deze moreel diffuse context zoeken maatschappelijke partijen naar oplossingen om de ouderenzorg in de toekomst betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Onderling afhankelijk van elkaar heroriënteren stakeholders zich op hun verantwoordelijkheden en op wat zij van anderen mogen en kunnen verwachten.

Uit onderzoek blijkt dat bestuurders in het publieke domein, zoals in de ouderenzorg, bij een dergelijke heroriëntatie op verantwoordelijkheden weinig houvast hebben aan bestaande bestuursmodellen. De eenzijdige focus van deze modellen op financiële en beheersmatige aspecten en het gemis aan aansluiting op de normativiteit die inherent verbonden is aan het publieke domein geven bestuurders te weinig grip op de morele dimensie in toedelingen van verantwoordelijkheden. Het gevolg is dat bestuurders worstelen met hun nieuwe rol, die de politiek en de maatschappij van hen verwachten, om hun organisaties tegelijkertijd zowel financieel efficiënt als ook maatschappelijk verantwoord te besturen.

Dit proefschrift gaat over de morele dimensie van toedelingen van verantwoordelijkheden van bestuurders van intramurale zorginstellingen. Uit eerder onderzoek blijkt dat het als een gemis wordt ervaren dat er vanuit het wetenschappelijk onderzoek nog nauwelijks inzicht wordt verschaft in de morele dimensies van bestuurlijke verantwoordelijkheden. Om derhalve de morele dimensie verder uit te kunnen lichten, concentreren onze onderzoeksactiviteiten zich niet op de door de wet bepaalde verantwoordelijkheden en verplichtingen, maar zijn wij op zoek gegaan naar waar bestuurders en andere stakeholders zich werkelijk verantwoordelijk voor voelen en hoe zij daaraan in relatie met anderen uitdrukking geven.

Wij hebben de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Hoe zien bestuurders van intramurale instellingen, vanuit hun perspectief, de transitie in de ouderenzorg, welke morele overwegingen hebben zij daarbij en hoe delen zij, op basis daarvan en in relatie met andere stakeholders, verantwoordelijkheden toe in hun dagelijkse bestuurspraktijk?

Het **inleidende hoofdstuk** (hoofdstuk 1) beschrijft hoe wij de hoofdvraag benaderd hebben, welke methoden wij gebruikt hebben voor het verzamelen van de onderzoeksdata en op welke wijze wij deze data geanalyseerd hebben. In onze studie hebben wij een zorgethische benadering gevolgd die ervoor pleit om zorg te benaderen als een relationele verantwoordelijkheidspraktijk. Kenmerkend voor deze benadering is dat onder goede zorg de uitkomst van een praktijkgeoriënteerd, relationeel proces van betrokkenen verstaan wordt. Dit in tegenstelling tot goede zorg als extern opgelegde notie. De theorie over zorg als verantwoordelijkheidspraktijk van de Amerikaanse filosofe Margret Walker vormt in ons onderzoek een rode draad. Zij stelt dat goede zorg vraagt om een transparant proces waarin verantwoordelijkheden toegedeeld worden op basis van balans in normatieve verwachtingen tussen in relatie met elkaar staande betrokkenen, ieder met hun eigen belangen en normatieve overwegingen. In lijn met haar gedachtegoed hebben wij in ons onderzoek verantwoordelijkheden beschouwd als in de praktijk relationeel geconstrueerd op basis van normatieve verwachtingen. Deze sociaalrelationele en zorgethische benadering heeft ons geholpen om ons inzicht in de morele dimensie van de bestuurspraktijk in de ouderenzorg te vergroten.

Om de praktijk te kunnen laten spreken hebben wij het onderzoek responsief opgezet omdat deze benadering bij uitstek geschikt is voor het bestuderen van situaties waarin waarden en normen veranderen en nieuw moreel denken en handelen in de praktijk ontwikkeld worden, zoals in de ouderenzorg. Om vanuit het perspectief van bestuurders te kunnen bestuderen hoe zij hun verantwoordelijkheden opvatten, hebben wij met een zestal bestuurders van zorgorganisaties voor ouderen open interviews gehouden die het karakter hadden van een natuurlijke conversatie (hoofdstuk 2). Met het oog op de diversiteit in perspectieven is gelet op verschillen in geslacht, bestuurservaring, leeftijd en het type alsook de geografische ligging van de

zorgorganisatie. Het aantal van zes bleek door de hierin aanwezige diversiteit aan perspectieven op verantwoordelijkheids-toedelingen betekenisvol genoeg te zijn om de morele dimensie in deze toedelingen te kunnen bestuderen en op de bevindingen te reflecteren.

Uit deze zes bestuurders is vervolgens één bestuurder, de heer Jansen (pseudoniem), geselecteerd en bereid gevonden voor verder onderzoek. Wij hebben deze bestuurder geselecteerd vanwege de morele spanningen in de door hem aangedragen morele kwesties en dilemma's, waarmee het potentieel om ervan te leren aanzienlijk was. Wij hebben observaties van en diepte-interviews met bestuurder Jansen gecombineerd om ons inzicht te vergroten in de toewijzing van verantwoordelijkheden in een dynamische context (hoofdstuk 3). Drie voor hem actuele morele kwesties hebben wij vervolgens nader bestudeerd. De eerste casus betrof het onrendabel zijn van huishoudelijke ondersteuning aan thuiswonende ouderen in afgelegen gebieden. Wij hebben bestudeerd hoe toedelingen van verantwoordelijkheden betekenis krijgen in interactie tussen belanghebbende partijen aan de hand van open interviews met vijftien stakeholders, waarvan bestuurder Jansen er één was (hoofdstuk 4). De selectie van deze stakeholders heeft plaatsgevonden op suggestie van bestuurder Jansen, de relevantie voor de casus en de werkrelatie die hij met hen had. Om de diversiteit in perspectieven alsook hun onderlinge dynamiek te kunnen bestuderen, hebben wij er in ieder geval op gelet dat de perspectieven van de zorgaanbieder, de overheid, de zorgfinancier en de cliënt vertegenwoordigd waren.

In hoofdstuk 5 hebben wij de casus onderzocht of intramurale cliënten wel of niet zouden moeten bijbetalen voor extra zorg- en welzijnsdiensten buiten het reguliere pakket. Om meer inzicht te krijgen in de morele overwegingen die bij deze kwestie kunnen spelen, hebben wij over deze kwestie met bestuurder Jansen en vier collega-bestuurders een gestructureerd groepsgebesprek gevoerd, een zogenoemd homogeen Moreel Beraad (MB). Om inzicht te krijgen in de verscheidenheid van en de dynamiek tussen morele perspectieven van diverse stakeholders, hebben wij aan de hand van een heterogeen MB de casus onderzocht van een verliesgevende horecavoorziening van de zorgorganisatie van Jansen (hoofdstuk 6). In totaal elf stakeholders, waarvan bestuurder Jansen er één was, hebben aan dit MB deelgenomen. De deelnemers zijn op suggestie van de bestuurder uitgenodigd en waren ons bekend uit eerdere interviews.

Door gebruik te maken van studies met een naturalistisch karakter was het mogelijk om het specifieke karakter van praktijkervaringen en percepties van de participanten aan het onderzoek te onderzoeken met een minimum aan interventie. Narratieven spelen een belangrijke rol als kennisbronnen van de werkelijkheidsconstructies. Verhalen van bestuurders en andere stakeholders over hun dagelijkse praktijk zijn in ons proefschrift dan ook rijkelijk aanwezig als kennisbronnen van de door hen beleefde wereld. De verhalen hebben wij verzameld door open interviews te houden in de vorm van natuurlijke conversaties en gestructureerde dialogen zoals die hebben plaatsgevonden

in de Moreel Beraden. Inhoudelijke, narratieve en conversatie gerelateerde analysemethoden hebben ons geholpen om kwesties, die er in de praktijk toe doen, te onderscheiden. De analyses hebben ook geholpen om normatieve verwachtingen, die de in het onderzoek betrokken personen van zichzelf en van anderen hebben, te achterhalen, alsook ons inzicht te vergroten in de manier waarop morele zienswijzen zich in dialoog ontwikkelen. Normatieve verwachtingen zijn gegrond in ons zelfbegrip en ons begrip van relaties met anderen en in de morele waarden waaraan wij hechten. Zij komen tot uitdrukking in ons handelen en hebben een relationele betekenis. Narratieven van identiteit, waarden en relaties hebben de basis gevormd als kennisbron voor verantwoordelijkheids-toedelingen, analoog aan de theorie van Margret Walker.

Omdat onze studie gebaseerd was op interpretaties van de beleefde werkelijkheid hebben wij criteria gehanteerd die passend zijn voor dit soort onderzoek; geloofwaardigheid, betrouwbaarheid en overdraagbaarheid van het onderzoeksmateriaal samen met een open en eerlijke procedure. Separate analyses door een tweede onderzoeker, bij voortduring bespreking van de analyses in het totale onderzoeksteam, gebruik van een logboek en verificatie van hetgeen gevonden was bij betrokkenen (member-checks), alsmede triangulatie van databronnen maakten deel uit van het proces. Door rijke verhalende beschrijvingen hebben wij getracht de lezer van dit proefschrift de mogelijkheid te geven om over de contextgebonden kennis over de in onze studie onderzochte specifieke en lokale kwesties een eigen perspectief te ontwikkelen en te betrekken op de eigen context.

In responsief onderzoek wordt kennis beschouwd als verbonden met aan de praktijk ontleende en doorleefde ervaringen. In lijn met deze notie komt kennis hermeneutisch, in dialoog met elkaar en constructief tot stand. De kennis, opgedaan in deze studie, kwam tot stand en kreeg betekenis in interactie met betrokkenen. Omdat ik, als onderzoekster, actief onderdeel uitmaakte van dit responsieve proces zijn mijn opvattingen en perspectieven relevant. In **Intermezzo I** en in **Intermezzo II** is opgenomen hoe ik in eerste instantie bij het onderzoek betrokken ben geraakt en hoe mijn perspectief gaandeweg is verschoven en hoe ik de bevindingen getransformeerd heb naar mijn eigen dagelijkse werkpraktijk.

De hoofdvraag hebben wij in drie gedeelten benaderd en deze worden in overeenkomstige gedeelten van het proefschrift behandeld. Het eerste deel **‘Statisch verdeelde verantwoordelijkheden’**, dat hoofdstuk 2 en 3 omvat, presenteert de verhalen van bestuurders van intramurale zorginstellingen. Aan de hand van narratieven die hun identiteit illustreren, de waarden waaraan zij hechten en de relaties die voor hen relevant zijn, hebben wij geanalyseerd hoe bestuurders vanuit hun perspectief de transitie in de ouderenzorg ervaren en hoe zij op basis daarvan verantwoordelijkheden toedelen. In hoofdstuk 2 gaan wij in op wat een zestal bestuurders moreel drijft in hun lokale opgaven.

Bestuurders beschouwen het als hun hoofdpogingen om te anticiperen op de ontwikkelingen in de ouderenzorg door aanpassing van de door hen aangeboden intramurale zorg op de wensen van de toekomstige generatie ouderen en het uitbreiden van hun zorgdiensten met extramurale activiteiten om ouderen te ondersteunen bij het langer thuis blijven wonen. Omdat de deelnemende bestuurders zich volledig realiseren dat veranderingen in de ouderenzorg onvermijdelijk zijn en hun traditionele zorgarrangementen ook niet langer houdbaar zijn, voelen zij zich medeverantwoordelijk om invulling te geven aan de veranderingen in de ouderenzorg. Dientengevolge ervaart iedere bestuurder zo zijn eigen specifieke lokale opgaven op basis van de voor hem relevante actuele situatie en op basis van normatieve verwachtingen van zichzelf en van anderen. Lokale opgaven variëren van deconcentratie van een grootschalige intramurale instelling, realisatie van 24-uurszorg voor thuiswonende ouderen tot realisatie van een gespecialiseerd verpleeghuis voor patiënten met de ziekte van Huntington. De narratieven van de verschillende bestuurders laten zien dat aan hun verwachtingen over lokale opgaven, verschillende identiteiten en waarden ten grondslag liggen. Identiteiten bij bestuurders variëren van extern gericht, veranderingsgezinnd en ondernemend tot meer behoudend en intern gericht met focus op de financiële problematiek. Waarden die spelen variëren van intrinsiek aan de zorg verbonden waarden - zoals zorgdragen voor kwetsbaren, hulpvaardigheid en solidariteit - tot commerciële en economische waarden zoals kosteneffectiviteit. Wanneer discrepantie optreedt in normatieve verwachtingen ontstaan spanningen. De verwachtingen die het zorgsysteem van bestuurders heeft, blijken te conflicteren met verwachtingen die de bestuurders van zichzelf hebben. Hun zorg voor behoud van intrinsiek aan de zorg verbonden waarden conflicteert met de aan hen door de overheid opgelegde verwachtingen hun instelling zakelijk te managen. Door spanningen dreigt de realisatie van lokale ontwikkelingen in impasses te raken en door eenzijdig door de overheid opgelegde verwachtingen en verplichtingen worden morele zorghoudingen van bestuurders overvleugeld.

In hoofdstuk 3 hebben wij van één bestuurder, de heer Jansen, de morele dimensie van zijn handelen diepgaander onderzocht. Door bestudering van zijn narratieven van identiteit, waarden en relaties, verzameld aan de hand van verschillende interviews en ontmoetingen met hem in zijn dagelijkse bestuurlijke omgeving, is het complex aan achterliggende identiteiten ontrafeld, evenals de waarden waaraan hij hecht en de relaties die hij aangaat en van belang acht. De narratieven onthullen dat er geen sprake is van een statisch morele zorghouding. Eerder is sprake van een schakeling van identiteiten en waarden die door gebeurtenissen in andere onderlinge verhoudingen kunnen komen te staan en tot morele spanningen kunnen leiden. Conflicterende identiteiten en waarden blijken te bestaan bij bestuurder Jansen zelf, tussen de bestuurder en het systeem en tussen bestuurder en andere stakeholders. Het niet verenigd krijgen van waarden veroorzaakt morele dilemma's bij de heer Jansen en blokkeert de realisatie van nieuwe ontwikkelingen. Of een dilemma

opgelost raakt, en of een door conflicterende waarden in een impasse geraakte ontwikkeling weer vlot getrokken wordt, hangt af, zo wordt geconcludeerd, van het relationele vermogen van de bestuurder om spanningen tussen normatieve verwachtingen op te lossen.

In het tweede deel **‘Dynamische toedelingen van verantwoordelijkheden’** (hoofdstuk 4) hebben wij aan de hand van een case studie met naturalistisch karakter onderzocht hoe vijftien stakeholders, waaronder bestuurder Jansen, aan elkaar onderling verantwoordelijkheden toewijzen en hoe zij verantwoordelijkheden accepteren en verwerpen. Wij hebben dit onderzocht aan de hand van open interviews met iedere stakeholder. De diepte-interviews hadden het karakter van een natuurlijke conversatie. De onderzochte casus betrof de uitbreiding van de van oudsher intramurale activiteiten van de zorginstelling van bestuurder Jansen met ondersteunende activiteiten voor thuiswonende ouderen. De casus was voor nader onderzoek interessant omdat deze namelijk spanningen bevat in morele zienswijzen van de stakeholders over het onrendabel zijn van deze vorm van huishoudelijke ondersteuning voor ouderen die in moeilijk bereikbare gebieden wonen. In eerste instantie ondersteunen de stakeholders het besluit van bestuurder Jansen om de activiteiten van zijn zorginstelling uit te breiden met ondersteunende huishoudelijke activiteiten voor thuiswonende ouderen. De stakeholders zien het ondersteunen van ouderen bij het langer thuis wonen als passend bij de wensen van (toekomstige) ouderen. Zorgzaamheid voor kwetsbare thuiswonende ouderen, het versterken van hun zelfredzaamheid en het versterken van de concurrentiepositie van de zorginstelling spelen een eerste rol in de ondersteuning van de stakeholders. Door wijzigingen in de situatie blijken echter de aanvankelijke normatieve verwachtingen te veranderen en komen waarden in een ander daglicht te staan. Als de ondersteunende activiteiten onrendabel blijken te zijn voor ouderen die ver weg en in moeilijk bereikbare gebieden wonen, komen Jansens verwachtingen om werkelijk iets voor deze kwetsbare ouderen te betekenen in conflict met zijn streven om de financiële positie van zijn organisatie te borgen. Tevens blijkt datgene wat andere stakeholders van hem in deze situatie verwachten juist met zijn eigen verwachtingen te conflicteren. Deze onbalans brengt een waardegeladen onderhandelingsproces op gang van toekenningen, acceptaties en afwijzingen van verantwoordelijkheden. Zakelijke waarden winnen het van zorginhoudelijke waarden als het besluit valt met deze onrendabele ondersteunende activiteit te stoppen.

Bestudering van de casus heeft tot het inzicht geleid dat betrokken stakeholders ieder voor zich in een continu dynamisch proces de balans proberen te zoeken in waarden waaraan zij hechten. Bovendien blijken de betrokkenen het zorgsysteem als zodanig als dwingend en dominant te ervaren door opgelegde verantwoordelijkheden en verplichtingen, terwijl tegelijkertijd perspectieven van ouderen en familieleden in het proces zo goed als ontbreken.

Waarden, voortkomend uit de systeemwereld, domineren waarden die voortkomen uit de leefwereld. Geconcludeerd wordt dat door het ontbreken van het perspectief van ouderen en hun verzorgers en het bij de stakeholders ontbreken van een gedeeld beeld over waarden die er werkelijk voor ouderen en hun verzorgers toe doen, een versnipperd proces van toedelingen van verantwoordelijkheden ontstaat, met als gevolg dat behoeften van ouderen zelf onbeantwoord blijven.

In het derde deel **‘Dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden’** (hoofdstuk 5 en 6) verkennen wij de hermeneutische waarde van dialogische processen voor morele zienswijzen op toedelingen van verantwoordelijkheden. Wij sluiten hierbij aan bij de notie uit de dialogische empirische ethiek dat moraliteit meervoudig en situationeel is en zich laat kennen in de manier waarop mensen in de praktijk en in onderling contact morele zienswijzen construeren. Reflectie op de eigen waarden en afstemming op waarden en normen van anderen zijn van toenemend belang in contexten die zich kenmerken door de aanwezigheid van verschillende normatieve zienswijzen, waar sprake van is in de in transitie zijnde ouderenzorg. Omdat gestructureerd delibereren het vermogen heeft om het eigen perspectief te exploreren en erop te reflecteren, hebben wij twee MB’s gehouden, gestructureerde bijeenkomsten met een dialogisch karakter.

Het actuele dilemma van bestuurder Jansen om zijn intramurale cliënten wel of niet te laten bijbetalen voor extra zorg- en welzijnsdiensten hebben wij nader geëxploreerd in een homogeen MB waaraan bestuurder Jansen en een aantal collega-bestuurders van verpleeg- en verzorgingshuizen deelnamen (hoofdstuk 5). De bestuurders zijn met elkaar en elkaars organisaties bekend, wat openheid van spreken bevorderde. Het door Jansen ingebrachte dilemma was in eerdere interviews met hem naar voren gekomen en leende zich voor nader onderzoek door spanningen tussen waarden en het daarmee uitblijven van een fundament voor een op morele gronden gebaseerd besluit. Omdat de deelnemers tijdens het MB hun eigen normatieve overwegingen hebben geïnterpreteerd en de onderzoekers dit interpretatieproces gereconstrueerd hebben, is bij de analyse van de dialoog in het MB sprake geweest van een dubbele hermeneutiek. Door de dialogische vorm ontdekken de deelnemers dat solidariteit als waarde een belangrijke rol speelt in het dilemma dat bestuurder Jansen in eerste instantie ervoer als een dilemma tussen de waarden ‘gelijkheid’ en ‘individualiteit’. Door het exploreren van relevante waarden en normen voor diverse groepen van belanghebbenden komt hij samen met zijn collega- bestuurders tot het inzicht dat - door uit te gaan van verschil in plaats van gelijkheid - situaties gecreëerd kunnen worden waarin extra financiële ruimte vrijkomt voor het in stand houden van voldoende basiszorg. Door normativiteit in de concrete praktijk als uitgangspunt te nemen, zijn nieuwe zienswijzen op waarden ontstaan. Inzicht is ontstaan dat de morele dimensie van een kwestie een pluraal en multivocaal karakter kent, verankerd

is in het specifieke van een situatie, alsook verbonden is aan de betekenis die belanghebbende partijen eraan geven en die zich daardoor niet met abstracte kennis eenduidig laat beantwoorden. De bevindingen hebben laten zien dat het gestructureerd delibereren bestuurders ondersteunt bij het exploreren en verruimen van het eigen perspectief en helpt bij het verbreden van hun zienswijzen op de perspectieven van diverse groepen van belanghebbenden, wat weer bijdraagt aan het kunnen nemen van verantwoorde overwegingen en beslissingen.

In een heterogeen MB (hoofdstuk 6) hebben wij de diversiteit en dynamiek van morele perspectieven van de elf deelnemers (bestuurder Jansen en andere stakeholders) bestudeerd aan de hand van de voor hen actuele casus; het onrendabel zijn van een nieuwe welzijnsontwikkeling 'het Grand Café'. Met deze voorziening beoogt de bestuurder een wijkgerichte welzijns- en ontmoetingsfunctie te bieden voor zowel zijn intramurale cliënten, hun familie en vrienden als ook bezoekers uit de wijk en toevallige passanten. De horecavoorziening is verliesgevend en de vraag is of het moreel juist is om de verliezen aan te vullen vanuit het zorgbudget van de instelling. Omdat morele zienswijzen van betrokkenen op dit vraagstuk onderling verschilden, was deze casus geschikt voor het nader exploreren van de morele dimensie. Met behulp van conversatieanalyse zijn de morele zienswijzen bestudeerd en is bekeken hoe deze zich in dialoog ontwikkelen. Zorgzaamheid als waarde, krijgt in de context van het Grand Café verschillende betekenissen. Om te beginnen speelt er de zorgzaamheid voor ouderen met een kleine beurs door aanbidding van een gezellige ontmoetingsruimte met lage consumptieprijzen. Daarnaast is er zorgzaamheid voor ouderen en verwanten door te letten op dronkenschap in een omgeving waar alcohol goedkoop is en zorgzaamheid voor intramurale cliënten door rechtvaardige besteding van zorggelden. Maar er is ook zorgzaamheid voor vrijwilligers vanwege de aandacht voor de werkdruk, en zorgzaamheid voor zorgprofessionals door hen te ontlasten als ouderen in het Grand Café verblijven.

Inzicht ontstaat dat een gestructureerde dialoog ondersteunend is voor het helder krijgen van de waarden die in het spel zijn en wat die waarden voor diverse groepen belanghebbenden betekenen. Analyse van de dynamiek in de dialoog illustreert dat de morele perspectieven van de deelnemers op het vraagstuk niet statisch zijn, maar onderhevig zijn aan en beïnvloed worden door de dynamiek aan waarden die ingebracht worden. Of waarden ter tafel komen is afhankelijk van het belang dat deelnemers eraan hechten en de vrijheid die gevoeld wordt deze in te brengen. Een open en ontvankelijke houding van alle deelnemers is een voorwaarde om de perspectieven te kunnen exploreren en op het eigen perspectief te kunnen reflecteren; een belangrijke randvoorwaarde voor het inzichtgevende en lerende vermogen dat van dialogische processen uit kan gaan.

Het morele perspectief van cliënten, als betekenisgevers, ontbrak in de dialoog. Geconstateerd wordt dat het perspectief van alle betrokkenen en zeker

van ouderen voor wie de ontwikkeling bedoeld is, nader bestudeerd zou moeten worden om tot een moreel verantwoord besluit te kunnen komen. Specifiek van bestuurders vraagt dit, in hun verantwoordelijkheid om nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg te realiseren, een open en lerende houding ten aanzien van morele perspectieven van anderen met inclusie van die voor wie de ontwikkeling specifiek bedoeld is, in dit geval ouderen en hun (in)formele verzorgers.

In het zevende hoofdstuk, de **Discussie en conclusie** relateren wij de belangrijkste bevindingen over statisch verdeelde verantwoordelijkheden en dynamische en dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden aan bestaande literatuur. Wij gaan in op de drie elementen die Walker als fundament beschouwt voor verantwoordelijkheids-toedelingen: identiteit, waarden en relaties en reflecteren op onze bevindingen met suggesties voor verbetering van de zorgpraktijk. Eveneens reflecteren wij op de beperkingen van ons onderzoek en sluiten dit hoofdstuk af met een algemene conclusie.

Onze studie heeft vernieuwend inzicht gegeven in het morele complex dat aan verantwoordelijkheids-toedelingen ten grondslag ligt, in de spanningen tussen normatieve verwachtingen die daaruit voort kunnen komen en in de worstelingen van bestuurders en andere stakeholders om de balans te vinden in morele afwegingen in wat hun te doen staat, en hoe zij moeten handelen in relatie met anderen. We hebben geconstateerd dat spanningen voortkomen uit relatief eenzijdig door de overheid opgelegde verantwoordelijkheden aan ouderen ('wees zelfredzaam'), aan familieleden ('draag zorg voor uw ouders') en aan maatschappelijke partijen ('geef de zorg voor ouderen nu en in de toekomst effectief en efficiënt vorm'). Systeemwaarden zijn dominant ten opzichte van waarden uit de leefwereld en overvleugelen daarmee de zorghouding van bestuurders en hun streven om met hun handelen uitdrukking te geven aan intrinsiek aan de zorg verbonden waarden. De zoekprocessen laten zich kennen als processen vol spanning en conflict, omdat bestuurders zich bij voortduring geconfronteerd zien met het maken van morele afwegingen over wat er toe doet, waar zij zich verantwoordelijk voor voelen of zouden moeten voelen, en hoe zij hier in relatie met anderen naar moeten handelen. Bestuurders voelen zich afhankelijk van de overheid en verwachten meer ruimte om te ondernemen. Alhoewel de overheid verwacht van ouderen dat zij meer eigen initiatief tonen om langer zelfredzaam te blijven, zien over het algemeen bestuurders ouderen veelal nog als afhankelijk van hen in hun zorg en ondersteuning. Bestuurders zien ouderen en hun zorgprofessionals niet zozeer als stakeholders met wie zij de zorg vormgeven, maar eerder als de mensen voor wie zij het doen. Deze traditionele verhouding tussen de overheid en bestuurders en tussen bestuurders en ouderen, die zich eerder als monologisch dan als dialogisch kenmerkt, staat een vorm van zorgzaamheid in de weg waarbij een ieder gehoor en invulling kan geven aan zijn eigen morele zorghouding. Moraliteit kan niet tot stand komen door bestuursmodellen of theorieën, maar wordt in de praktijk zelf relationeel vormgegeven. Moreel verantwoord besturen

begint daarom bij erkenning van deze praktijkgebonden normativiteit met een diversiteit aan betekenisgevers en met een veelheid aan waarden die niet vanzelf conflictloos en in lijn met elkaar liggen, hetgeen reflectie vraagt op de eigen morele zienswijzen. Authenticiteit alleen is niet genoeg omdat dit geen recht doet aan waarden die voor andere stakeholders belangrijk zijn. Perspectieven van ouderen zelf, hun naasten en zorgprofessionals verdienen aandacht omdat deze in de onderhandelingsprocessen over verantwoordelijkheden dreigen te ontbreken. Omdat de stem van deze stakeholders gemakkelijk gedomineerd kan worden door machtsongebalans in een sociaal-politieke context, verlangt het ondersteuning van belanghebbenden bij het naar voren brengen van wat zij belangrijk vinden en waar zij waarde aan hechten.

Alhoewel wij in onze studie de perspectieven van bestuurders van intramurale zorginstellingen centraal gesteld hebben, kan het als limitatie van onze studie gezien worden dat het perspectief van ouderen beperkt is gebleven. Daarom raden wij vervolgonderzoek aan naar ondersteuning bij en inbreng van perspectieven van ouderen en hun(in)formele verzorgers in processen van verantwoordelijkheids-toedelingen.

Onze bevindingen over dialogische toedelingen van verantwoordelijkheden hebben laten zien dat openstaan voor morele behoeften van anderen en het gestructureerd delibereren met betrokkenen exploratie, verdieping en verschuiving van morele perspectieven ondersteunen en de mogelijkheid bieden te komen tot gedeelde morele zienswijzen. Het deliberatief, relationeel moreel-constructivistisch benaderen van vraagstukken, waarbij de pluriforme wereld van behoeften aan zorg het startpunt vormt, zien wij dan ook als een waardevolle aanvulling op verantwoord leiderschap. De verschuiving van besturen op basis van het eigen morele perspectief naar een cultuur waarin, op basis van de behoeften die er leven, verantwoordelijkheden worden toegedeeld en geaccepteerd, doet recht aan wat Walker verstaat onder zorg als relationele verantwoordelijkheidspraktijk. Het vraagt van bestuurders bij te dragen aan een deliberatieve democratische cultuur, die open staat voor een diversiteit aan morele zienswijzen met inclusie van alle betrokkenen. Verdere studies naar wat deliberatieve democratische processen vragen aan relationeel en construerend vermogen van bestuurders en de daarbij benodigde communicatie, zijn aan te bevelen.

SUMMARY

The Dutch health care system, including the sector of elderly care, is in transition. To continue provision of good-quality and affordable care for a rapidly growing older population in a faltering economy, the Dutch government has introduced legislative changes for the near future in order to determine “who delivers care” and “who pays for it”. For citizens this has led to a shift away from a basic right to publicly funded care to providing publicly funded care only if there is no alternative. Older people are now expected to take more responsibility themselves to continue living independently at home and to participate actively in society. If they need support to do this, they are expected to first address their relatives and other members of their social network before turning to publicly funded care.

The changes in the Dutch health care system and the elderly care sector have implications for all stakeholders involved. Older persons themselves, their relatives, care professionals and organizations providing care and services have to adapt to this new reality and to their new roles and responsibilities. With more freedom than in the past but with the constraints imposed by regulated market forces and financial frameworks, local authorities and both societal and care organisations (e.g. care homes, home care organizations, local authorities, care administration offices and housing associations) are challenged to search for innovative forms of care and support for older persons; and this must be realized in close collaboration with clients, their relatives and/or their representatives. It remains to be seen what balance ultimately will be achieved between informal and formal care and between older persons continuing to live at home and being admitted to residential settings. In the light of these changes it is also unclear what can be considered sound developments in elderly care and what norms and values should be applied. In this morally diffuse context, civil-society actors are seeking solutions to ensure that elderly care in the future remains affordable and of good quality. In an atmosphere of interdependence and interrelationship, stakeholders are reassessing their own responsibilities and what they can and may expect from others.

Research has shown that existing administrative models offer little support to administrators in the public domain such as the elderly care sector, to reappraise their responsibilities. Due to a merely one-sided focus of these models on financial and managerial aspects and a lack of connection to the normativity that is inherently linked to the public domain, these models offer administrators little grip on the moral dimension of allocating responsibilities. As a consequence, administrators wrestle with the new role politicians and society expect from them to manage their organizations in both a financially efficient and socially responsible way.

This thesis explores the moral dimension of the assignment of responsibilities by administrators of residential care settings. Earlier studies have shown that the lack of insight into the moral dimensions of administrative responsibilities is perceived as a hiatus. In order to be able to shed more light

on this moral dimension, our research activities do not concentrate on legal and statutory responsibilities, but explicitly focus on what administrators and other stakeholders actually *feel* is their responsibility and how they give expression to this in relation to others.

We have formulated the following central research question:

How do administrators of care home organizations perceive the current transition in elderly care, what moral considerations do they relate to this and how do they assign responsibilities in their day-to-day administration practice, based on their own perceptions and in relation to other stakeholders?

The **introductory chapter** (chapter 1) describes how we have approached the central research question, which methods we have used to gather the data and how we have analysed the data. In our studies, we have followed an ethical approach which advocates that care can be considered as being based on relational responsibility. Characteristic of this approach is an understanding of good care as being the outcome of a practice-based, relational process involving all stakeholders, rather than seeing good care as an externally imposed notion. The theory of responsibility as a relational and contextual practice of the American philosopher Margaret Walker has been a guiding theme throughout our research. She argues that good care requires a transparent process in which responsibilities are reallocated on the basis of a balance in normative expectations between stakeholders acting in relation with each other; each with own interests and normative considerations. In line with Walker's ideas we have treated responsibilities in our study as being constructed relationally in practice, based on normative expectations. This approach, based on social relations and ethics of care, has supported us to increase our understanding of the moral dimension of administrative practice in elderly care.

In order to get insight in the everyday context, our study has a responsive design, an approach that is feasible for studying situations in which norms and values change and new moral thoughts and actions are developed in practice, as is currently happening in the Dutch elderly care sector. To study the way in which administrators themselves interpret their responsibilities, we conducted open interviews with six administrators of elderly care organizations that took the form of natural conversations (chapter 2). To represent a diversity of perspectives, attention was given to differences in gender, administrative experience, age and type of care organisation, as well as to the geographical location. Six interviewees proved to be sufficient to offer an adequate diversity of perspectives on assignment of responsibilities, to enable the moral dimension of that assignment to be studied and to reflect on the findings.

We selected one of these six administrators, Mr. Jansen (pseudonym), who expressed a willingness to participate in further research. We selected him because of the moral tensions that were evident in the moral issues and dilemmas he raised, and which appeared to offer considerable learning potential. We combined observations and in-depth interviews with Mr. Jansen

in order to increase our understanding of the assignment of responsibilities in a dynamic context (chapter 3). We then subjected three moral issues that were pertinent for him at the time, for a more in-depth study. The first issue concerned the fact that it was unprofitable for his organization to offer domestic support to older persons living at home in rural areas. We studied how the assignment of responsibilities was given sense in interaction between stakeholders by conducting open interviews with fifteen stakeholders, including Mr. Jansen (chapter 4). These stakeholders were suggested by Mr. Jansen himself, based on their relevance for the issue and his working relationship with them. In order to be able to study the diversity of and dynamics between the different perspectives, we ensured that the perspectives of the care provider, the government, the care funder and the client were all represented.

Chapter 5 describes our study of the issue of co-payments by clients of residential institutions for getting additional care and welfare services falling outside their basic package. To gain a greater insight into the moral considerations that may play a role in this issue, we conducted a structured group discussion with Mr. Jansen and four fellow administrators, which we refer to as a homogeneous 'moral case deliberation' (MCD). To get an impression of the diversity and dynamics between the moral perspectives of different stakeholders, we also employed a heterogeneous MCD to study the case of a loss-making catering facility operated by Mr. Jansen's care organization (chapter 6). A total of eleven stakeholders, including Mr. Jansen, took part in this deliberation. The participants were invited at the suggestion of Mr. Jansen himself and were known to us from earlier interviews.

These naturalistic case studies enabled us to study specific aspects of the practical experiences and perceptions of the participants in our studies with a minimum of intervention. Narratives play an important role as sources of knowledge for constructs of reality. This thesis accordingly contains a wealth of narratives of administrators and other stakeholders about their day-to-day practice as sources of knowledge, opening a window into their subjective world. We collected the narratives by conducting open interviews in the form of natural conversations, as well as structured dialogues such as the MCDs. Substantive, narrative and conversational analysis methods helped us to identify issues that matter in practice, to ascertain the normative expectations that those involved in our studies had of themselves and others, and to increase our insight into how moral standpoints develop in dialogue. Normative expectations are rooted in our understanding of ourselves and our relationships with others, and also in the moral values we uphold and express in our actions and which have relational significance. Narratives of identity, values and relationships were the basis for the assignment of responsibilities, in line with the theory proposed by Margaret Walker.

As our study was based on elicited interpretations of a perceived reality, we applied criteria that can be considered as appropriate for research of this kind: credibility, reliability and transferability of the research material, together

with an open and honest process. Separate analyses by a second researcher, continuous discussion of the analyses in the research team, use of a logbook and verification of the findings by the interviewees (member-checks), as well as triangulation of data sources, were all part of this process. By presenting rich narrative descriptions, we have attempted to offer the readers of this thesis an opportunity to develop their own perspective on the contextual knowledge of the specific and local questions studied in our research and to apply it to their own context.

In responsive research, knowledge is regarded as being linked to lived through experiences that are derived from practice. This notion implies that knowledge arises hermeneutically, in dialogue with each other and constructively. The knowledge gained in this study emerged and acquired significance in interaction with stakeholders. Since I, as a researcher, played an active part in this responsive process, my views and perspectives are also relevant. **Intermezzo I** and **Intermezzo II** describe how I first became involved in the research, how my perspectives gradually changed and how I have incorporated the findings into my own day-to-day working practice.

The central research question was approached in three parts, which are discussed in the corresponding parts of the thesis. The first part, **Static division of responsibilities**, comprising chapters 2 and 3, presents the narratives of administrators of care home organizations. Drawing on the narratives which illustrate their identity, the values they uphold and the relationships being relevant for them, we have analysed how administrators perceive the current transition in elderly care and how they assign responsibilities on the basis of that perception. In chapter 2 we studied the moral drivers for six administrators in pursuing their local tasks. Administrators regard it as one of their main tasks to anticipate on the developments in elderly care by adapting their institutional care to the wishes of future generations of older people and to expand their care services by offering community-based services which provide support to older persons to enable them to continue living at home and age in place. The participating administrators fully realise that changes in elderly care are inevitable, and that their traditional care packages are no longer tenable. Therefore, they feel a shared responsibility for ensuring the successful implementation of the changes that are necessary. All six administrators experiences unique specific local tasks based on their own situation, their own normative expectations and those of others. Core challenges vary from deconcentration of a large-scale residential institution and establishing 24-hour care services for older persons living at home, to setting up a specialist nursing home for patients with Huntington's disease. The narratives of the administrators reveal that their expectations regarding these local challenges are based on different identities and values. Their identities vary from a strong external focus, a desire for change and entrepreneurship on the one hand, to a

more conservative and inward-looking approach with a mere focus on financial issues on the other hand. The values they bring about, vary from values that are intrinsically associated with care, such as taking care of frail older persons, being helpful and promoting solidarity, to commercial and economic values such as cost-effectiveness. Whenever a discrepancy arises in normative expectations, this gives rise to tensions. The expectations placed on administrators by the care system appear to be conflicting with the expectations they place upon themselves. Their desire to uphold values that are intrinsically related to care conflict with the expectations imposed on them by the government to run their institutions in a businesslike way. These tensions may involve that there is a danger that the achievement of local tasks will end in impasses and that the expectations and duties imposed upon them one-sidedly by the government may overwhelm the administrators' moral care attitude.

In chapter 3 we study more in-depth the moral dimension of the actions of one administrator, Mr. Jansen. By studying his narratives of identity, values and relationships, gathered through a series of interviews and meetings with him in his day-to-day administrative setting, we were able to unravel the complex of underlying identities, as well as the values he adheres to and also the relationships he considers important. The narratives reveal that his moral care attitude is not a static phenomenon. Rather, he displays a range of identities and values whose interrelationship can be changed by events and may give rise to moral tensions. Conflicting identities and values are found to exist within administrator Jansen himself, between him and the system and between him and other stakeholders. The failure to balance values gives rise to moral dilemmas for Mr. Jansen and hampers the realisation of new developments. Whether a dilemma is resolved or a development which has run aground as a result of conflicting values can be brought to a satisfactory ending, depends on the relational skills of the administrator to resolve tensions between normative expectations.

In the second part of the thesis, '**Dynamic assignment of responsibilities**' (chapter 4), we performed a natural case study to understand how fifteen stakeholders, including Mr. Jansen, assign responsibilities to each other and how they accept and reject responsibilities. We have investigated this using open in-depth interviews with each stakeholder. The interviews took the form of a natural conversation. The case involved the expansion of traditionally institution-based activities provided by Mr. Jansen's care institution to include activities to support older persons living at home in rural areas. This case was interesting for further investigation because it included tensions in the moral perceptions of the stakeholders, involving the unprofitability of providing this kind of domestic support for older persons who live in remote areas. Initially, the stakeholders supported the decision by Mr. Jansen to extend his activities to provide care and support for older persons living at home in rural areas. The stakeholders consider the support of older persons to age in place as being in

line with their wishes and the preferences of future older persons. Supporting frail older persons to continue to live at home, boosting their independence and making the care institution more competitive all played a role in this initial support of the stakeholders. Despite that, because of changes in the actual situation, normative expectations and values ultimately are placed in a different light. For example, at the time that support services for older persons living in rural areas proved to be unprofitable, Jansen's expectations concerning his desire to actually mean something for these frail older persons comes into conflict with his commitment to secure the financial position of his organisation. What other stakeholders expect from him in this situation also conflicts with his own expectations. This imbalance gives rise to a value-loaden negotiation process of assignment, acceptance and rejection of responsibilities. Eventually, commercial values do outweigh care-related values when the decision is made to cease this unprofitable service activity.

Studying this case revealed the insight that all stakeholders attempt to achieve a balance between the values that are important for them in a continuous, dynamic process. Moreover, the stakeholders perceive the care system itself as the dominant force because of the responsibilities and duties it imposes on them, while at the same time there is an almost total absence of any input from the perspective of older persons themselves and their relatives in this process. Values stemming from the systemic world dominate values emanating from the world we live in. The conclusion is that the absence of the perspective of older persons and their carers and also the lack of a shared view among stakeholders on the values that truly matter for them, give rise to a fragmented process of assignment of responsibilities, with the result that the needs of older persons themselves remain unmet.

In the third part of this thesis, '**Dialogical assignment of responsibilities**' (chapters 5 and 6), we explore the hermeneutic value of dialogical processes for moral views on assignment of responsibilities. Our approach here is in line with the notion drawn from dialogical empirical ethics that morality is a pluralistic and situational concept which shows itself in the way that people construct moral views in practice and in mutual interaction. Reflecting on one's own values and connecting with the norms and values of others are increasingly important in contexts that are characterised by the presence of different normative viewpoints, as is the case in the changing Dutch elderly care system. As structured deliberation can enable us to explore and reflect upon our own perspective, we conducted two MCDs, in the form of structured meetings with a dialogical character.

We explored the dilemma of administrator Jansen whether he should ask his clients to contribute additionally for the costs of extra care and welfare services outside their regular care packages and did this in a homogenous MCD in which he and a number of administrators of other care home organizations participated. (chapter 5). The administrators were familiar with each other

and with each other's organizations, which fostered an open discussion. The dilemma tabled by Mr. Jansen had emerged in earlier interviews with him, and lent itself for further study because of the tensions it revealed between moral values and the consequent lack of a basis for a morally based decision. Since the participants in the MCD interpreted their own normative considerations and the researchers reconstructed this interpretative process, the analysis of the dialogue in the MCD was based on double hermeneutics. Through dialogue, the participants discovered that solidarity is an important value in what Mr. Jansen initially experienced as a dilemma between the values of 'equality' and 'individuality'. By exploring relevant values and norms for different groups of stakeholders, he and his fellow-administrators arrived at an understanding that, by starting from the basis of difference rather than equality, situations can be created in which additional financial resources are released which enable adequate basic care to be maintained. Taking normativity as a starting point in everyday practice allowed new perceptions of values to develop. This revealed that the moral dimension of an issue is pluralistic and multivocal in character, embedded in the specifics of a situation, tied to the meaning that stakeholders attach to it, and not something that can be precisely defined using abstract knowledge. The findings also showed that structured deliberation supports administrators in exploring and expanding their own perspective and broadening their views on the perspectives of different groups of stakeholders, thereby contributing to their ability to make morally sound decisions.

In a heterogeneous MCD (chapter 6), we studied the diversity and dynamics of the moral views of eleven participants (Jansen and the other stakeholders) related to a natural case from daily practice, namely the unprofitability of a new welfare service, known as the 'Grand Café'. In introducing this service, the administrator aims to offer a community-based welfare and meeting point for institutional residents, their family, friends and chance passers-by from the neighbourhood. However, this catering facility makes a loss, and the question is whether it is morally right to solve these losses by the institution's care budget. As the moral views of the stakeholders differed on this point, this was a suitable case for further exploration of the moral dimension. The moral perceptions, and the way in which they evolve in dialogue, were studied using conversation analysis. Caring as a value achieved different meanings within the context of the Grand Café. First, there is the care for older persons with few own means, by offering them a convivial meeting place with low prices. Then, there is the aspect of caring for older persons and their relatives by keeping an eye on drunkenness in a setting where alcohol is cheap, and there also is the aspect of caring for institutional clients through a fair distribution of care resources. In addition, the initiative of a Grand Café also reflects caring for volunteers by paying attention to their workload, and caring for care professionals by offering them respite during the time that their clients spend in the Grand Café.

It becomes clear that a structured dialogue is helpful in creating clarity

about the values that are important and what those values mean for different groups of stakeholders. Analysing the dynamics in the dialogue illustrates that the moral perspectives of the participants on this issue are not static but influenced by the dynamic of the values that are brought about. Whether or not values are placed on the table depends on the importance participants attach to them and how free they feel in expressing them. An open and receptive attitude of all participants is a condition for being able to explore different perspectives and to reflect on their own perspectives; an important prerequisite for the insightful and learning power of dialogical processes.

The moral perspective of clients themselves as a source of meaning was absent from the dialogue. Yet, the perspectives of all stakeholders involved, and particularly of the older persons at whom the initiative is aimed, need to be studied further in order to be able to reach a morally sound decision. This places a specific demand on the administrators, meaning that, in their responsibility to achieve new developments in the elderly care sector, they have to show an open and learning attitude with regard to the moral perspectives of others, including those for whom the development is particularly intended, in this case the older persons and their (in)formal carers.

In the seventh chapter, the **Discussion and conclusion**, we relate the key findings of respectively the static, dynamic and dialogical assignment of responsibilities to the existing literature on the three elements that Walker regards as fundamental for assignment of responsibilities: identity, values and relationships. We reflect on our findings and propose suggestions for improvements in care practice. We also reflect on the limitations of our studies. The chapter ends with a general conclusion.

Our studies have provided new insights in the moral complex that underlies the assignment of responsibilities, in the tensions between normative expectations that can follow from them and in the way in which administrators and other stakeholders struggle to achieve a balance in their moral consideration concerning what they should do and how they should act in relation to others. We have observed that tensions arise from responsibilities that are imposed in a fairly one-sided way by the government on older persons themselves ('be independent'), on their relatives ('look after your parents') and on civil-society actors ('provide care for older persons now and in the future in an effective and efficient manner'). Systemic values dominate over values experienced in real life and therefore overwhelm the attitudes of administrators related to care and to their desire to express values that are intrinsically related to care through their actions. The processes followed by administrators in their constant need to make moral consideration about what is important, where they feel or should feel responsible for and how they should behave in relation to others, appear to be processes full of tension and conflict. Administrators feel dependent on the government and expect more freedom to act as entrepreneurs. Although the government expects older persons to

display more initiative themselves and remain independent for a longer time, administrators in general still tend to see older persons as dependent on them for care and support. Administrators in fact do regard older persons and their care professionals not as stakeholders with whom they design the care in partnership, but rather as stakeholders for whom they do this. This traditional relationship between the government and administrators and between administrators and older persons, which is more monological than dialogical in nature, hampers an approach to care in which everyone is (equally) heard and able to express his or her moral care attitude. Morality is not created through administrative models or theories, but evolves in a relational way. Morally responsible administration therefore begins with a recognition of this practice-based normativity, together with a diversity of sources of meaning and values that are not necessarily without conflict and in line with each other. It will be clear that this demands reflection on one's own moral perceptions. Authenticity alone is not enough because it does not justice values that other stakeholders consider important. The perspectives of older persons themselves, their relatives and their care professionals deserve also much more attention, because there is a danger that they will be left out of negotiation processes about responsibilities. Since the voice of these specific stakeholders can be easily dominated by the unbalance in power in a socio-political context, this requires support for them in bringing forward what they consider important and what they value.

Although in our studies we focused primarily on the perspectives of administrators of care home organizations, it might be seen as a limitation that the perspective of older persons themselves received scant attention. Therefore, we would recommend follow-up research focusing on supporting older persons and their carers in expressing and contributing their views on processes of assigning responsibilities.

Our findings with regard to the dialogical assignment of responsibilities show that being open to the moral needs of others and being engaged in structured deliberation with stakeholders, actually do support exploration, deepening and shifting of moral perspectives, and make it possible to arrive at shared moral perceptions. Therefore, the deliberative, moral-constructivist approach to issues, in which the starting point is the pluralistic world of care needs, is something we really consider to be a valuable addition to good leadership. A move by administrators, based on their own moral perspective, towards a culture in which responsibilities are assigned and accepted on the basis of identified needs and dialogical processes regarding mutual normative expectations, would do justice to what Walker understands by care as an independent practice of responsibility. This requires that administrators contribute to a deliberative, democratic culture that is open to a diversity of moral perceptions, including those of all stakeholders. Further studies on what deliberative democratic processes require in terms of the relational and constructive ability of administrators and the associated communication skills, is something we would recommend.

DANKWOORD

Het was mijn vader die mij vroeg of het niet iets voor mij was om te gaan promoveren. Ik liep met hem door de duinen bij Haamstede, vlak na mijn slagen aan de Technische Universiteit in Delft. Omdat ik cum laude geslaagd was, lag promoveren voor de hand, zo had mijn professor Aat Marinissen tijdens mijn afstuderen tegen hem gezegd. Ik was er echter van overtuigd dat ik eerst in de praktijk aan de slag moest, mocht ik al ooit gaan promoveren. “Misschien komt het er nog wel eens van!”, waren de historische woorden van mijn vader, terwijl wij de laatste duin overliepen richting zee.

Ik wil mijn dankwoord beginnen met woorden van dank aan mijn ouders, die er op de 20^{ste} november niet bij zullen zijn, maar vast alom aanwezig. Hun onvoorwaardelijk liefde en hun rotsvast vertrouwen dat zij in mij en hun andere dochters hadden, hebben mij de afgelopen jaren de energie en vasthoudendheid gegeven om mijn promotieonderzoek niet alleen te beginnen maar ook af te maken. Ik heb er geen spijt van gehad dat ik eerst in 'de praktijk' begonnen ben voordat ik ging promoveren. Mijn onderzoek had ik nooit op deze manier kunnen doen, als ik nog dat broekie was geweest van toen. Voor mij is het volkomen logisch waarom ik in deze fase van mijn leven, op deze manier, met dit onderwerp en met deze onderzoeksmethode aan de slag ben gegaan. Misschien lag dat, die dag in de duinen, al in de sterren geschreven.

Zonder de mensen uit de bestuurspraktijk van de ouderenzorg, die ik in mijn onderzoek heb mogen betrekken, was dit alles niet mogelijk geweest. Ik ben veel dank verschuldigd aan de bestuurders die mij zo open over hun bestuurspraktijk en hun eigen beweegredenen verteld hebben. Hun verhalen zijn een bron geweest waaruit ik gedurende het gehele onderzoek heb kunnen putten. Speciale dank gaat uit naar bestuurder Jansen die mij ruimhartig deelgenoot maakte van zijn dilemma's, en mij de ruimte gaf deze verder te onderzoeken. Ik heb genoten van de gesprekken met hem, die gelardeerd waren met anekdotes over de zorg van vroeger en nu. Een promotietraject – zeker als je dat naast je werkt doet – kost heel wat jaren. Toch heeft bestuurder Jansen al die tijd contact met mij gehouden, iets wat ik enorm waardeer. Speciale dank gaat ook uit naar de andere stakeholders met wie ik gesproken heb, en die tijd voor mijn onderzoek hebben willen vrij maken. Allen, zonder uitzondering, hebben zij open verteld over kwesties die hun na aan het hart liggen. Ieder interview was voor mij niet alleen een bron van kennis, maar ook van inspiratie. Hier deed ik het voor! Het Moreel Beraad met bestuurders en het Moreel Beraad met diverse stakeholders waren voor mij zeker hoogtepunten. Het is heel bijzonder dat nagenoeg alle betrokkenen hiervoor tijd vrij hebben willen maken. Met veel plezier heb ik de gesprekken over hun persoonlijke zienswijzen geanalyseerd. Hoe meer ik de complexiteit van hun dagelijks werk probeerde te doorgronden, des te groter werd mijn bewondering voor hun energie om ondanks de wervelstorm waarin de ouderenzorg zit, stappen voorwaarts te zetten. Ik hoop met heel mijn hart dat ik jullie recht gedaan heb en dat jullie verhalen weer anderen inspireren om de ouderenzorg een stapje verder te brengen.

Zonder steun van de mensen die vertrouwd en ervaren zijn met de wetenschappelijke wereld, had mijn vage idee om 'iets voor de zorgpraktijk' te willen betekenen niet geleid tot dit resultaat. Allereerst wil ik Jos Schols, mijn eerste promotor bedanken. Jos, vanaf de eerste letter op papier – de onderzoeksvraag: nooit geweten hoe moeilijk het is een goede te formuleren – tot en met de laatste letter van mijn dissertatie heb jij mij geholpen met je ongelooflijk snelle reacties en je altijd terechte opmerkingen. Als iets jou typeert is het wel dat je mensen niet in de steek laat, en met niet aflatende energie bovenop de trajecten zit die zij door moeten. Iets wat ik enorm in je bewonder en

waardeer. Als geen ander weet jij wat het betekent om wetenschappelijk van A naar B te komen. Een niet te benijden klus om mij daarin te begeleiden, gedreven als ik was om in én voor de praktijk te werken, waarmee ik de wetenschappelijke kant van de zaak weleens uit het oog dreigde te verliezen. Je hakte het proces in behapbare stukken, en je hebt mij niet aflatend gestimuleerd alle stappen netjes te doorlopen en af te maken. Toen jij halverwege mijn promotietraject een mooie kans greep bij de Universiteit van Maastricht, was jouw eerste reactie dat je jouw promovendi bij Tranzo zou blijven begeleiden tot het einde. En dat heb je gedaan. Dat je afgelopen oudejaarsdag zelfs van Maastricht naar Breda bent komen rijden om twee hoofdstukken met mij door te nemen, spreekt boekdelen. Wie heeft er nu zo'n promotor! Jos, heel veel dank voor deze onvoorwaardelijke steun!

Omdat ik mijn onderzoek vanuit een morele invalshoek wilde benaderen – zonder toen precies te weten wat dat exact inhield – gaf Jos mij de goede tip om Guy Widdershoven als tweede promotor te vragen. Nog voor het eerste gesprek met jou, Guy, had ik je horen spreken op een symposium en was ik al geraakt door jouw visie op ethiek in de dagelijkse praktijk. Heel helder en toegankelijk zette jij uiteen wat dialoog kan betekenen in het contact tussen arts en cliënt. Misschien kan je de mooie beelden die je erbij gebruikte van Leonardo Da Vinci, - de mens van Vitruvius -, nog herinneren. Zittend in de zaal vroeg ik mij af, geïnspireerd door jouw verhaal, hoe ik een en ander kon betrekken op de bestuurlijke wereld in de ouderenzorg. De kiem voor de wijze waarop wij de bestuurspraktijk in de ouderenzorg onderzocht hebben, is toen gelegd. Je hebt mij stap voor stap geloofd door het land van de responsieve methodologie met jouw o zo ware woorden: *“als je onderzoek wilt doen naar wat er werkelijk in de praktijk speelt, moet je niet op zoek gaan naar je eigen verstopte paaseieren.”* Je hebt mij met geduld en veelvuldige kritische open vragen die mij dagen lang aan het denken konden zetten, geleerd wat de wetenschappelijke basis is voor het vermogen van dialogische processen in transitie. En je hebt mij laten ervaren wat het is om een goede facilitator te zijn. Guy, ik wil je voor deze verrijking van mijn kijk op de wereld en wat je er in de praktijk mee kunt, enorm bedanken.

Katrien Luijkx heeft mij in haar rol als co-promotor geholpen met de dagelijkse hectiek van het doen van promotieonderzoek. Katrien, wat hebben we toch leuke, intensieve, inspirerende en constructieve gesprekken gehad. Ik wil je in de eerste plaats bedanken voor al die tijd die jij hebt willen steken in het lezen van het ruwe interviewmateriaal (en dat was niet gering), de gesprekken om de verhalen te analyseren, de inhoudelijke correcties om de wereld van de bestuurders ook wetenschappelijk recht te doen, en al die dingen waaraan jij invulling hebt gegeven in de rol van interractor, die bij de responsieve benadering onmisbaar is. Een intensieve taak die jij met zo veel plezier op je genomen hebt, dat jij mij zelfs op de dag van de bevalling en komst van jouw derde zoon nog bij jou thuis verwelkomde om een en ander door te spreken. Bewonderenswaardig hoe zuiver jouw onderzoekshart is, en met hoeveel plezier je ook in dit hoogst kwalitatieve onderzoek bent gedoken. Naast praten over het onderzoek hebben

we ook heel wat afgebabbeld over onze toekomstdromen, de kinderen en de gemeenschappelijke school waarop zij zitten. Gelukkig is er genoeg waarover wij ook na vandaag contact kunnen houden.

Als je de woorden *responsief onderzoek*, *zorgethiek* en *Walker* op een rijtje zet, dan leiden die woorden onmiskenbaar naar Tineke Abma. Ik heb mij gelukkig geprezen dat gaande het onderzoek Tineke als derde promotor bij ons onderzoeksteam kwam. Veel van haar literatuur had ik al met plezier gelezen, en mijn honger naar meer kennis werd gestild toen zij persoonlijk bij mijn onderzoek betrokken raakte. Mooier kon ik het niet hebben. Ik voelde me vereerd, Tineke, dat jij het materiaal interessant genoeg vond om ermee aan de slag te gaan. Ik dacht dat mijn werk al aardig begon te vlotten, maar jij hebt met opbouwende en inspirerende ontmoetingen en bemoedigende emails mij tot het uiterste uitgedaagd om de zorgethische visie van Walker beter te doorgronden en toe te passen. Ik heb van jou geleerd om niet alleen de verhalen maar vooral ook de complexiteit en de processen daarachter diepgaander te analyseren. Tineke, ik wil jou daarvoor danken omdat met jouw inzet het onderzoek de verrijking kreeg die het verdiende.

Vanwege de afstanden tussen Tilburg, Maastricht en Amsterdam wil ik mijn (co-)promotoren niet alleen individueel maar ook als team bedanken voor jullie bereidheid om gezamenlijk naar een mooi eindresultaat toe te hebben willen werken. Responsief onderzoek vraagt regelmatig bespreking van en reflectie op het onderzoeksmateriaal. Was het niet fysiek, dan kwamen we wel via email tot overeenstemming over de bevindingen en welke stappen er vervolgens genomen moesten worden. De druk om het onderzoek op tempo af te ronden was groot. Dit heeft van jullie allemaal tijd en inzet gevraagd, ook in weekeinden en avonden. Daarvoor oprechte dank.

Eén van de hoofdstukken is mede tot stand gekomen door Frouk Weidema. Frouk, jij hebt openhartig met mij gesproken over Moreel Beraden, en je hebt jouw kennis daarover met mij willen delen. Fijn dat je hier tijd voor vrij kon en wilde maken. Het heeft geleid tot een mooi hoofdstuk.

Het is een belangrijke mijlpaal als je tot een manuscript komt waar je (co-)promotoren tevreden over zijn. Het is een nog belangrijkere mijlpaal als een beoordelingscommissie van onafhankelijke professoren het manuscript als promotiewaardig beoordeelt. Voor mij kwam het verlossende bericht vlak voor de zomervakantie met een bijzondere reis naar China voor de boeg. De unanieme 'I vote FOR' reacties op de beoordelingsformulieren maakten dat ik mijn vliegticket niet nodig had; ik vloog zo wel naar China! Professor Henk Garretsen, Professor Tinie Kardol, Professor Aad de Roo, Professor René Schalk en Professor Anne-Mei The, ik wil jullie allen hartelijk danken voor jullie bereidheid en tijd om mijn manuscript te lezen en te beoordelen. Jullie opmerkingen hebben mij geïnspireerd en aan het denken gezet. Saskia van der Lyke, directeur van de woon- zorgvoorziening De Brug, wil ik bedanken voor haar bereidheid zich te scharen bij de opponenten, enthousiast geworden door de titel van het proefschrift.

Gaande het onderzoek heeft een klankbordgroep mij in verschillende individuele gesprekken en een enkele samenkomst gespiegeld op de toepasbaarheid van het onderzoek in de dagelijkse praktijk. Gerdienke Ubels, verbonden aan ActiZ heeft mij met raad en daad bijgestaan vanaf het prille begin. Gerdienke, grappig hoe wij elkaar door toeval gevonden hebben. Eigenlijk was ik op zoek naar iemand anders. Of het nu een naamsverwarring of een verkeerd ingetikt telefoonnummer was, we zullen het nooit weten, maar bij jou ben ik uit- en thuisgekomen. Wat heb jij mij elke keer verrast en geïnspireerd met jouw kijk op de zorg. Al snel voelden we een lotsverbondenheid als het ging om het belang van levensverhalen, de kracht van narratieven in onderzoek maar ook in de dagelijkse praktijk, het lokale en situationele als drijvende kracht in ontwikkelingen en zo meer en zo voort. Dat wij elkaar moesten ontmoeten was overduidelijk. Ik hoop dat wij dit ook na de 20^{ste} november gewoon lekker voortzetten. John Berg, jou wil ik bedanken als belangrijk lid van de klankbordgroep omdat jij kon spreken vanuit jouw ervaring in de bestuurspraktijk. Met de ondersteuning van Aad de Roo, vanuit zijn jarenlange ervaring met onderzoek en onderwijs gericht op het management in de zorg, samen met Henk Garretsen de drijvende kracht achter de mooie combinatie tussen Tranzo en de SWOOG, kon ik me natuurlijk alleen maar gelukkig prijzen. Iris Sliedrecht, dank voor jouw rol vanuit Student Services van de Universiteit van Tilburg, waar de Wetenschapswinkel onderdeel vanuit heeft gemaakt en die dit onderzoek mede financieel ondersteund heeft.

Als ik terug denk aan het moment waarop mijn wens om te promoveren enige handen en voeten begon te krijgen, komt Tim van der Avoird in beeld. Hij was toen hoofd van de Wetenschapswinkel, zo had ik begrepen bij mijn search op het internet naar hoe en waar ik een promotieonderzoek zou kunnen starten. Op mijn openingsvraag aan hem of hij eerlijk wilde antwoorden op mijn vraag of ik mijn droom te gaan promoveren moest afzinken of een kans moest geven, antwoordde hij volmondig; *'Best een haalbaar idee!'*. Tim, wat zou er gebeurd zijn als je mij toen meewarig had aangekeken? Bijzonder fijn, en dank daarvoor, dat jij mij vanaf dat begin het vertrouwen hebt gegeven dat mijn droom ook echt iets kon worden. Eenmaal in de Universiteit was de weg naar Tranzo gauw gevonden: *'de brug tussen wetenschap en praktijk'* en dat ook nog voor de zorg, dat moest iets voor mij zijn. Een gesprek met Henk Garretsen, de bevlogen leider van Tranzo, was snel gemaakt. Zijn praktische inslag en no-nonsense houding, die ik enorm in hem waardeer, maakten dat hij in het eerste gesprek al snel een link legde met mijn werkgever, de gemeente Tilburg. De dag voor ons gesprek had hij met Marco Wilke, een toenmalige directeur bij de gemeente, gesproken over science practitioner plaatsen. Een dergelijke plaats was bedoeld om iemand die werkte bij de gemeente de kans te bieden om praktijkervaringen met maatschappelijke opgaven te verstevigen door wetenschappelijk onderzoek en vice versa. Mijn plezier kon niet op toen bleek dat er plaats voor mij was. Henk, ik wil jou bedanken voor de link die jij toen legde en die ervoor zorgde dat ik alle jaren van mijn onderzoek een warme plek binnen Tranzo heb mogen krijgen. Jouw

deur stond altijd voor mij open. Dank voor jouw niet aflatende steun, vanaf het allereerste prille begin tot aan de laatste loodjes.

Marco, aan jou natuurlijk ook dank. Jij hebt er immers voor gezorgd dat de wens om kennis en ervaring van de Universiteit en de Gemeente te verbinden ook daadwerkelijk van de grond kwam door mensen de kans te bieden naast hun werk te promoveren. Dank aan het toenmalige bestuur en de directie van de Gemeente Tilburg, die de constructie van science practitioner omarmden en dank aan het huidige bestuur en de huidige directie die gedurende de looptijd van de promotie deze constructie zijn blijven ondersteunen. Ik vind het heel bijzonder dat ik door de Gemeente en Tranzo in de gelegenheid gesteld ben om mijn promotie te mogen afsluiten met een symposium. Het doet recht aan dat wat vanaf het begin beoogd was; dat samenwerking tussen Universiteit en Gemeente kan leiden tot inzichten waar zowel de maatschappij als de wetenschap iets aan kunnen hebben.

Mijn toenmalige leidinggevende, Rick van Wandelen, heeft mij vanaf dag één letterlijk en figuurlijk de ruimte gegeven een gedeelte van mijn gemeentelijke werktijd bij Tranzo door te brengen. Rick, bijzonder hoe jij, zonder zes jaar precies te kunnen overzien, mij de kans gaf mijn horizon te verbreden. Vanaf de start heb ik alles wat ik aan literatuur las en in het onderzoek leerde maar meteen meegenomen in ons dagelijks werk. Het anders gaan denken over verantwoordelijkheden in domeinen in transitie, en wat dat doet met de communicatie, is in ieder geval voor mij vanaf het moment dat ik met promoveren begon, in een stroomversnelling geraakt. Ik voelde mij bevoorrecht dat ik aan de ene kant (dialogische) processen wetenschappelijk mocht onderzoeken en aan de andere kant zaken in de praktijk kon beproeven. Het sterkte mij in mijn werk als strateeg en bij het bepalen van de richting waarin wij moesten ontwikkelen. Dank voor het vertrouwen dat je had dat mijn schoorvoetend aan jou opgebiechte wens te willen promoveren op enig moment wel zou renderen.

Speciale dank gaat uit naar Bernadette Elbers, mijn huidige leidinggevende. Toen zij het stokje overnam om onze afdeling te leiden, kreeg ze met mij ook het onderzoek en de daarbij behorende tijdsbelasting erbij. En dat in een tijd waarin veel van de afdeling en de mensen gevraagd werd. Alle hens aan dek was gewenst. Toch heeft Bernadette de tijd die ik nodig had om het onderzoek af te ronden ruiterlijk gehonoreerd volgens de afspraken die er al van voor haar tijd lagen. Bernadette, ik ben je daar heel dankbaar voor, want zonder de extra 'schrijfblokken' was het maar de vraag geweest of deze dissertatie er nu had gelegen. Je stimuleert jouw mensen kennis te zoeken en te gebruiken bij het oplossen van de complexe maatschappelijke opgaven die voorliggen. In die zin ben ik niet alleen door jou gesteund om inhoudelijke kennis op te doen, maar heb je mij ook de handelingsruimte gegeven om die kennis in ons werk te operationaliseren. De waarde van het onderzoek voor de gemeente kon hiermee de vlucht nemen die het verdiende en die nog zeker niet ten einde is. Ik wil je enorm bedanken voor de onvoorwaardelijke steun die jij mij hierbij hebt

gegeven en voor de momenten waarop je mij met raad en daad hebt bijgestaan.

Beste afdeling, lieve collega's bij de gemeente. Jullie hebben mij de afgelopen jaren vele malen met een heet hoofd heen en weer zien vliegen tussen mijn bureau bij jullie en dat bij Tranzo. Ik sjouwde niet alleen kennis heen en weer, maar ook onrust. Ik wil jullie bedanken voor de belangstelling die jullie altijd getoond hebben voor mijn dubbelleven. Rita (van Hoek) en Sandra (Buijs), wat een inspirerende tijd hebben we samen gehad toen we – opgezweept door de allereerste kennis die ik uit mijn onderzoek mee kon nemen – Factor-C gewoon domweg begonnen zijn. Ik denk met heel veel plezier terug aan de tijd van Flip-over & Co. De synergie die we toen tot stand gebracht hebben tussen leren aan de ene kant en doen aan de andere kant kon niet groter! Dank, Rita, dat jij mijn persoonlijke intermezzo's hebt willen lezen en op waarheidsgetrouwheid hebt gecontroleerd. Niche, hier ook een woord van dank aan jou, want als geen ander heb jij mijn springerige agenda weten te managen en wist jij mij gelukkig op de cruciale momenten altijd te bereiken.

Ook dank voor de fijne collega's bij Tranzo. Ik heb mij altijd bij jullie op mijn plek gevoeld. Mijn kamergenoten en burens – dank voor de vele scholierijes bij de thee, Noud; chocolade doet absoluut het wetenschappelijke gehalte toenemen! – hebben mij met hun humor geholpen om de dagen typen te overleven. Speciaal wil ik ook de studentassistenten bedanken, Anne van Calseijde en Koen van den Oever. Zij hebben de interviews nauwkeurig uitgewerkt (en dat is echt veel werk) en mij met verdere uitwerkingen geholpen. Het gehele secretariaat van Tranzo en Jacqueline en Fleur wil ik bedanken voor alles wat op en rond een promotie nodig is en voor de hulp bij het organiseren van het symposium.

Beste overige collega's met wie ik bij de Universiteit en Gemeentebreed dagelijks werk, dank voor jullie belangstelling al die jaren dat ik in gescheiden – en toch ook verbonden – werelden hebt doorgebracht. Velen van jullie hebben mij gaande de rit belangstellend gevraagd hoe het ermee stond. En die rit was lang. Bijzonder dat jullie al die tijd zo met mij meegeleefd hebben.

En dan komt het moment van de punten op de i; van Word-documenten naar de productie van een heus echt boekje en een serieus symposium. Als je denkt een eind te zijn, kom je er al gauw achter dat de finale niet zonder extra hulp tot enig goed einde komt. Edwin Smet, niet voor niets werk jij onder de pakkende naam 'Meer van dat Moois'. Ik ken jou vanuit de tijd dat we bij de Gemeente de T-stijl hebben ontwikkeld. Toen was ik al onder de indruk van de snelheid en professionaliteit van jouw werk. Aan een half woord had jij genoeg om met fantastische producten te komen. Aan wie anders durfde ik de vormgeving van mijn dissertatie toe te vertrouwen? Heel veel dank Ed, voor jouw professionele maar ook vriendschappelijke steun. Even zo zijn woorden van dank op zijn plaats voor Evelyn Reynen, binnen de gemeente onze 'chef kabinetzaken', een functie die zij als interimmer vanuit Beck Communicatie met elan heeft vormgegeven. Evelyn, dank dat jij in de rol van projectleider van het symposium heel veel druk van mijn schouders hebt gehaald. Ik vond het

bijzonder fijn om met jou toe te werken naar het moment waarop dat waarvoor de Universiteit en de Gemeente samen staan, voor het voetlicht gebracht kon worden.

Ietje de Werd-de Rooij, lieve Ietje, wij hadden samen een verbond vanaf het moment dat tijdens onze eerste Tranzo-Heidagen hangbuikzwijnen een humoristische parallel werden in onze levens. Zonder jou als maatje bij al het wel en wee van promoveren, had ik het traject niet graag afgelegd. Dierbaar zijn de momenten waarop wij in onze stamkroeg aan onze stamtafel heel wat afgepraat hebben over hoe wij promoveren naast werk en gezin moesten zien te overleven. Onze zen-uitstapjes naar Zundert waren cruciaal, en onvergetelijk is het moment dat wij stiekem tijdens de loopmeditatie ontsnapt zijn en op jouw kamer aan het bier gegaan zijn. Ik voelde mij vereerd dat ik jouw paranimf mocht zijn en ik vind het bijzonder dat jij weer de mijne bent. Eén ding is voor mij duidelijk, ook na de dag waarop jij dicht bij me zal staan, blijven wij door onze gedeelde ervaringen aan elkaar verbonden. Op naar meer kaasplankjes met port!

Heb je nog een leven naast werk en een promotie? Ja, als je je gelukkig kan prijzen met vertrouwde vrienden om je heen die je af en toe, zonder enig verwijt, gewoon even in je sop gaar kunnen laten koken. Liesbeth en Cees, Marcel en Marieke, Gerrit Jan en Annemarie, Annelies en Roel, Linda en Marilou, jullie kennen mij al heel lang. Jullie vriendschappen betekenen veel voor mij. Ik wil jullie bedanken dat jullie mij al die jaren inclusief promotie nog grappig genoeg vonden om ons contact te onderhouden. Het is altijd fijn om met jullie mee uit eten te gaan, een dag met de kinderen door te brengen en waardevolle gesprekken te voeren. Heerlijk om jullie als vrienden te hebben en om ook nu weer een belangrijk moment samen met jullie te kunnen vieren. Proost op jullie vriendschap!

Liesbeth (Leijssen), voor jou speciale woorden want jij bent mijn speciale vriendin. Als geen ander weet jij wat de promotie voor mij betekent en wat ervoor nodig was om tot dit moment te komen. Onze levens kennen onwaarschijnlijke parallellen en onze karakters vullen elkaar zo wonderwel aan dat zelfs in dit fundamenteel eenzame traject ik mij met jou nooit alleen heb gevoeld. Onze squashwedstrijden zijn inmiddels berucht. Wat als we dat balletje niet af en toe geweldig op z'n kop hadden kunnen slaan!? Ons 'nemen van de kust' is altijd louterend. Onze gesprekken zijn niet aflatend verrijkend. Lieve vriendin, jouw humor, die ik geweldig leuk vind, boort de juiste positieve energie in mij aan en heeft geholpen dit soms ook taaie proces van promoveren vol te houden. Dank voor al die dierbare momenten en dat er nog maar heel veel mogen komen.

Mijn dankwoord eindigt met de kring om mij heen die maakt wie ik ben. Lieve zussen, lieve Aaltje, Jacoba en Willemijn. Van iedereen ben ik met jullie het langst verbonden. Die verbinding is altijd hecht en warm geweest en is in de jaren alleen maar versterkt. Niet alleen wij onderling, maar ook onze mannen en kinderen vormen een energiek stel dat elkaar helpt en bij wie plezier voorop staat. De Sinterklaasfeesten en de heerlijk losse verjaarspartijen, dagen naar de duinen om te skelteren of te wandelen, weekeindjes weg en het leuteren op onze zussen-app zijn voor mij ongelooflijk dierbaar. Dat jullie op welke manier dan ook in dit levenswerk een rol zouden krijgen, was voor mij een logica in zichzelf. Lieve Willemijn, lieve paranimf, vanaf de dag van mijn plan om te promoveren heb jij mij in het land der promovendi gecoacht met wijze adviezen. Jij was mij immers voorgegaan, dus als geen ander kende jij de valkuilen en belangrijker nog, de ladders om er weer uit te komen. Ik vond het een bijzonder moment toen ik jou op het Kaager-eiland vroeg mijn paranimf te zijn, na een dag samen fantastisch gezeild te hebben. Toch knap dat wij na behoorlijk wat witte wijn nog soepeltjes van de steiger van een overvol terras weg wisten te zeilen. Lieve Jacoba, lieve persoonlijke coach. Natuurlijk werd jij mijn ceremoniemeester. De vele intervisie methodieken die je op mij losgelaten hebt, waren altijd boeiend. De oefening van de huismeester die goed voor al zijn bewoners in huis moet zorgen, zal ik nooit vergeten. De verantwoordelijkheidsgetrouwe Lena heb jij daarmee met succes af en toe in haar hok teruggekregen ten faveure van de clowneske Lena die ik af en toe te lang in de kelder opsloot. Lieve Aaltje, geen ander mocht en kon mijn redacteur zijn. Jouw talige talent en jouw wilskracht om, zoals je dat van jongs af aan al kon, tot diep in de nachtelijke uurtjes mijn teksten te lezen en te controleren, zijn goud waard. Bijzonder dat jij de eerste was die alle teksten had gelezen, en mij daarover nog kritisch kon bevragen ook. Je bestookte mij met relevante sites en stukken in de media en wist mij ondertussen ook nog emotioneel op de rit te houden als de zoveelste revisie van een tekst in mijn emailbakje viel. Niet voor niets ben jij zelf verbonden geweest aan een Universiteit en bracht jij wetenschap in taal tot leven. Lieve zussen, wat fijn dat ik jullie aan mijn zijde heb.

De allerlaatste woorden zijn onmiskenbaar voor Ruud en ons drietal, Maartje, Catootje en Adriaan. Lieve schatten, de bron van mijn energie zijn jullie. Als ik ergens op mijn gemak ben en energie tank, dan is het thuis. Lieve Maartje, ik denk met regelmaat terug aan ons dinertje samen bij Flinstering. Wij houden allebei niet alleen van heerlijk tafelen maar ook van lekker filosoferen. Jij vertelde mij die avond over de allegorie van de grot van Plato. Hoe prachtig verhaalde jij over het indringende moment dat iemand voor het eerst de grot verlaat, een nieuwe wereld instapt en deze met verwondering en overgave wil delen met de achtergebleven grotbewoners die hem vervolgens in verwarring, en niet-begrijpend aanstaren. Aan de hand van dit verhaal voelden wij ons diep verbonden, prachtig! De tekening die je er later van maakte en mij gegeven hebt, lijst ik in als een heel dierbare herinnering. Lieve Catootje, jij hebt met

heel eigen nieuwsgierigheid mijn promotietraject gevolgd. Dat vond je wel wat, zo'n onderzoek. Bijzonder hoe jij doorvoelde dat opperste concentratie met schrijven soms nodig is om tot ook maar een alineaatje zinnige tekst te komen. Eigenlijk niet verwonderlijk, want jij bent in huis immers de grootste fan van de pomodoro-techniek. Jij was het dan ook die mij voor Sinterklaas een bordje voor aan de deur van de werkkamer gaf met de niet mis te verstane tekst 'Niet storen'. Misschien is het wel aan dat bordje te danken dat het onderzoek toch af gekomen is. Dat bordje laat ik gewoon als dierbaar aandenken aan de deur van de werkkamer hangen. Lieve Adriaan, jij bent mijn grote, kleine zenmaster. Je was nog maar zes toen ik aan mijn avontuur begon. Van jou heb ik geleerd in het moment te zijn en alles even los te laten. Op woensdagmiddagen was ik gewoon de captain van jouw tenniscompetitie team. Als je moest serveren dan keken wij elkaar even aan om door twee keer diep adem te halen, te aarden en te gaan voor de winst. Ik weet niet of ik op die momenten jou of juist jij mij het meeste geleerd hebt.

Lieve, lieve Ruud, de aller-, allerlaatste letters die ik typ zijn voor jou. Jij bent mijn rustpunt en tegelijkertijd mijn inspirator. Een combinatie waar ik ooit voor gevallen ben en waarvan ik nog elke dag houd. Beide heb ik heel hard nodig gehad in dit onafwendbare levenswerk. Jij verstaat als geen ander de kunst om mij te stimuleren bij het verleggen van mijn grenzen, terwijl je tegelijkertijd de enige bent die mij op mijn grenzen mag wijzen. En dat valt niet mee, eigenwijs als ik ben. Gelukkig weet je mij op het juiste moment dikwijls een oneliner mee te geven waar ik houvast aan heb. "Lena...", heb je me regelmatig gezegd als ik me zorgen begon te maken in een never ending story terecht te zijn gekomen, "dit is een periode waarin je alleen maar moet doorademen". Bijzonder hoe je daarbij ongevraagd allerlei praktische zaken van mij geruisloos overnam, de computer werkende hield (als die het toch zou hebben begeven...), stukken van mij las en verbeterde en alles en nog wat liet functioneren in huis. En dat naast een baan als Managing Director in economisch woelige jaren. Hulde! Jouw onvoorwaardelijke vertrouwen in mijn intenties en jouw vermogen om in verschrikkelijk hectische tijden de zaken rustig stap voor stap aan te pakken, hebben gemaakt dat dit traject af is gekomen zonder dat op welke manier dan ook afbreuk is gedaan aan wat wij samen hebben. Maar wat fijn dat het af is! Want wat hebben we samen zin in al die dingen waar nu weer tijd voor is. Ik voel me bevoorrecht jouw lief te zijn.

OVER DE AUTEUR

Lena van Gastel (1962) is opgeleid als ingenieur aan de Technische Universiteit Delft. Tijdens haar studie heeft zij zich gespecialiseerd in het inrichten van processen die spelen tijdens het hele traject van ideevorming tot en met realisatie. Haar uitdaging was om een proces zo in te richten dat met alle partijen die nodig zijn om iets te realiseren een resultaat bereikt kan worden dat beantwoordt aan de vraag of behoeften van de eindgebruiker. Vanaf toen zijn processen met stakeholders de rode draad in haar werk gaan vormen.

De zorgsector trok haar al vanaf het begin van haar studie. In haar afstudeerperiode en de daarop volgende jaren bij Philips Medical Systems werkte zij met veel enthousiasme aan het transformeren van de eerste generatie MRI-scanners naar een tweede generatie die voor patiënten minder belastend was, zonder op de technische – en daarmee diagnostische – kwaliteit in te boeten. Haar kracht lag hierbij in het succesvol verbinden van de wereld van technische specialisten met de belevingswereld van patiënten en hun zorgverleners.

Na vervolgens een aantal jaren gewerkt te hebben bij een adviesbureau, heeft Lena verschillende functies bekleed bij de Gemeente Tilburg. Het betrekken van verschillende in- en externe partijen in beleid- en besluitvormingsprocessen is Lena's aandachtsterrein gebleven. De laatste jaren hebben processen die nodig zijn voor het realiseren van maatschappelijke opgaven met een diversiteit aan stakeholders steeds meer haar belangstelling gekregen. Speciale aandacht heeft zij hierbij voor de rol van communicatie bij de interactie tussen stakeholders.

Met haar promotieonderzoek heeft Lena haar praktische kennis en ervaring vergroot met wetenschappelijke kennis over toedelingen van verantwoordelijkheden tussen bestuurders en hun stakeholders in de ouderenzorg. Haar ambitie is om deze kennis in te zetten als ondersteuning aan bestuurders en hun medewerkers die dagelijks, samen met vele anderen, bezig zijn met maatschappelijke vraagstukken die om sociale transitie vragen.

Dit boek is voor iedereen die geïnteresseerd is in de ouderenzorg en de sociale transitie die zich hierin afspeelt. De lezer wordt meegenomen in de wereld van bestuurders die zoeken naar nieuwe wegen in de zorg voor ouderen. Een zorg waarin de overheid van ouderen en hun omgeving nu meer verwacht dan voorheen. En een zorg die ook in de toekomst goed en betaalbaar moet blijven.

De verhalen van bestuurders van zorgorganisaties voor ouderen onthullen waar zij zich verantwoordelijk voor voelen en wat zij van anderen verwachten. De theorie van de Amerikaanse filosofe Margret Walker heeft geholpen om licht te werpen op de morele dimensie in het toedelen, accepteren en negeren van verantwoordelijkheden door bestuurders en andere stakeholders. Haar opvatting dat zorg een relationele verantwoordelijkheidspraktijk is waarin wij met elkaar, en op basis van fundamentele morele waarden verantwoordelijkheden vormgeven, loopt als een rode draad door dit boek.

Uit de in dit boek beschreven studie blijkt dat handelen vanuit het eigen morele perspectief niet genoeg is om zorg verantwoord vorm te geven. Dialoog is nodig om helder te krijgen welke waarden in het spel zijn.

In de slotconclusie worden bestuurders daarom uitgedaagd tot moreel constructivistisch leiderschap dat bijdraagt aan een cultuur waarin verdeling van verantwoordelijkheden plaatsvindt op basis van democratische processen waaraan alle belanghebbenden deelnemen. Alleen zo ontstaat een verantwoordelijkheidsverdeling op basis van wat er voor ouderen en al die mensen die bij de zorg voor hen betrokken zijn, werkelijk toe doet.

MENS

DIALOOG

ZORG